

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DES CONDUITES
SUICIDAIRES CHEZ LES JEUNES PRÉSENTANT UN TROUBLE BIPOLAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NATACHA HALFON

NOVEMBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

C'est avec beaucoup d'émotion et une grande fierté que je termine aujourd'hui ce cycle universitaire de l'Université du Québec à Montréal et tourne, ainsi, une page de ma vie. La réalisation de mon projet de recherche ainsi que la concrétisation de ma thèse de doctorat n'auraient pas pu se matérialiser sans l'aide inestimable de certaines personnes sur qui j'ai toujours pu compter.

Mes premiers remerciements vont à ceux qui m'ont fait bénéficier de leur expérience et m'ont accordé leur confiance. Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde gratitude et mon respect indéfectible. Je tiens, en tout premier lieu, à adresser de chaleureux remerciements à mon directeur de thèse, le Professeur Réal Labelle pour ses précieux conseils et son grand soutien tout au long de ce travail. Je vous remercie, Monsieur Labelle, d'avoir cru en mes capacités et m'avoir toujours poussée dans le sens de la recherche de l'excellence. Votre rigueur intellectuelle a permis la formation, le développement et l'aboutissement de ce projet doctoral.

Je ne sais comment exprimer ma reconnaissance au Professeur David Cohen, au Docteur Angèle Consoli et au Docteur Julie Brunelle pour m'avoir autorisée à effectuer mes recherches au sein du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris. Je vous remercie du temps important que vous avez consacré à mes travaux. Sans vous, cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour. Un grand merci à l'équipe du service de recherche de l'Hôpital Rivières-des-Pairies et, en particulier, au Docteur Jean-Jacques Breton pour son aide inestimable dans la réalisation de la revue de littérature. Je tiens, aussi, à remercier les Professeurs Claude Bélanger et André Marchand pour leurs précieux commentaires et leurs conseils avisés lors de l'élaboration de mon projet de recherche doctorale.

Ma profonde gratitude va à mes mentors cliniques de Montréal et de Paris, le Professeur Sébastien Grenier, Madame Séverine Hatif-Perbal et le Professeur

Pelissolo ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe des psychologues du CLICC, Manuela, Anna et Corine. Je suis fière d'avoir travaillé à vos côtés. Vos qualités humaines et scientifiques ainsi que la confiance que vous m'avez accordée m'ont permis de croire en mes propres capacités professionnelles.

J'exprime tous mes remerciements à l'ensemble des membres du jury, les Professeurs Frédérick Dionne, Ghassan El-Baalbaki et Mélanie Vachon, qui m'ont fait l'honneur de siéger dans ce jury de thèse. Je tiens à vous assurer de ma profonde gratitude.

Je souhaite, maintenant, remercier ma famille qui est le point d'ancrage de ma vie. Il me tient à cœur de remercier mes parents. Vous avez su me soutenir, m'encourager et m'aider dans l'accomplissement de mes objectifs et dans le sens de mes aspirations. Merci pour la lecture et la relecture de cet ouvrage. Cette thèse, c'est un peu la vôtre. Vous êtes mes mentors, mes modèles. Merci de tout l'amour que vous me donnez. J'espère être à la hauteur de la fierté inconditionnelle que vous me portez. À mes sœurs, Caroline et Julia, et mon cousin Julien, avec qui je partage une immense complicité. Je vous remercie pour vos sourires, nos fous rires. Merci d'avoir toujours été à mes côtés. Mon vœux le plus cher : que nous restions toujours aussi unies. Mon rêve : voir grandir nos enfants main dans la main. Je souhaite remercier mon mari, Michael. Nos voyages, nos relations à longue distance ont rythmé notre couple pendant bien des années sans jamais entraver notre amour. Tu as toujours compris l'importance que représente pour moi ce doctorat. Et, malgré les difficultés rencontrées dans la conduite de ce projet, tu m'as toujours encouragée et soutenue avec enthousiasme même lors des instants de doute. Merci pour ta confiance en moi et en l'avenir. Une pensée spéciale va à ma tante Sophie et mon oncle Michel pour l'amour qu'ils me portent. Merci pour votre soutien de tous les instants et pour votre présence constante à mes côtés. Je tiens à remercier mes beaux-parents. Délia et Erick, un grand merci pour votre aide précieuse et sans faille au cours de ces dernières années.

Enfin, je tiens à remercier ceux qui ont croisé ma route avec amitié. A mes amis de Montréal, Boston et Paris, j'adresse mes remerciements affectueux pour ce long chemin que nous avons parcouru ensemble. Merci pour votre soutien et pour votre amitié! Un grand merci à tous mes collègues et amis de l'UQAM, Alain, Antoine, France, Nathalie, Marilou, et les autres. Merci pour votre écoute pleine de compréhension et pour tous ces grands moments de partage. Alain, je tenais également à te dire combien ta disponibilité, ton aide et ta générosité humaine ont été pour moi essentielles.

Enfin, je souhaite remercier le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (le CRISE) pour son soutien financier. Les nombreuses bourses qui m'ont été octroyées m'ont grandement aidée dans la réalisation de ce projet doctoral.

DÉDICACE

A mes enfants, Elie et Emma.
Je souhaite dédier cette thèse à mes enfants, Elie et Emma qui illuminent ma vie.
J'espère que vous serez aussi fière de votre maman que je le suis de vous.
Chacun de vos sourires est pour moi une source de bonheur et d'inspiration.
Chacun de vos rires me remplit d'une joie immense.
Je vous aime.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
DÉDICACES	vii
LISTE DES FIGURES.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	xvii
RÉSUMÉ	xvii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Contexte général	6
1.1.1 Les conduites suicidaires chez l'adolescent	6
1.1.2 Le trouble bipolaire chez l'adolescent.....	7
1.1.3 Les conduites suicidaires chez l'adolescent bipolaire	10
1.2 Les modèles théoriques	11
1.2.1 Modèle théorique de la santé mentale	11
1.2.2 Modèle explicatif des conduites suicidaires chez les adolescents.....	12
1.2.3 Modèle théorique des conduites suicidaires chez les bipolaires	14
1.3 Objectifs de thèse.....	15
CHAPITRE II	
JUVENILE BIPOLAR DISORDER AND SUICIDALITY : A REVIEW OF THE LAST TEN YEARS OF LITTERATURE (ARTICLE 1)	17
2.1 Introduction	22
2.2 Method.....	23
2.2.1 Conceptual framework	23
2.2.2 Article selection.....	23
2.2.3 Analysis grid	25
2.3 Resultats.....	25
2.3.1 Risk factors.....	26
2.3.2 Protective factors.....	31

2.4	Discussion	
2.4.1	Methodological limitations	32
2.4.2	Research implications	34
2.4.3	Clinical implications	34
2.5	Conclusion	36
2.6	References	45
CHAPITRE III		
	CADRE MÉTHODOLOGIQUE	49
3.1	La pertinence de la recherche (Étape 1).....	50
3.2	La véracité des résultats (Étape 2)	52
3.2.1.	La fiabilité interne	52
3.2.2.	La fiabilité externe	53
3.2.3.	La validité interne.....	57
3.2.4.	La validité externe	59
3.2.5.	La validité de construit.....	59
3.2.6.	Réflexivité	60
3.3	Les questions et devis de recherche (Étape 3).....	61
3.4	Le recrutement des participants (Étape 4).....	62
3.5	La collecte des données (Étape 5)	63
3.6	Le traitement des données (Étape 6)	65
CHAPITRE IV		
	ÉTUDE RETROSPECTIVE DE CAS (ARTICLE 2)	69
4.1	Introduction	71
4.1.1	Background	71
4.1.2	Study goal.....	73
4.2	Method	74
4.2.1	Research design.....	74
4.2.2	Participants.....	75
4.2.3	Data collection.....	78
4.2.4	Data analysis	79
4.2.5	Validity and fidelity	79

4.2.6	Ethic concerns	81
4.3	Results	81
4.3.1	Protective factors common to participants with and without suicide attempt.....	83
4.3.2	Risk factors common to participants with and without suicide attempt.....	83
4.3.3	Factors specific to participants with or without suicide attempt.....	85
4.4	Discussion and conclusion.....	95
CHAPITRE V		
	DISCUSSION GÉNÉRALE	109
5.1	Synthèse des résultats des articles 1 et 2	110
5.2	Considérations méthodologiques.....	117
5.2.1	Forces et rigueur de la recherche	117
5.2.2	Les limites de la recherche.....	119
5.3	Contributions cliniques.....	121
5.4	Avenues de futures recherches	124
	CONCLUSION	127
APPENDICE A		
	ACCUSÉ D'ACCEPTATION DE L'ÉDITEUR DE L'ARTICLE 1.....	131
APPENDICE B		
	ACCUSÉ DE SOUMISSION DE L'ÉDITEUR DE L'ARTICLE 2.....	133
APPENDICE C		
	LA SUICIDALITÉ SELON POSNER	135
APPENDICE D		
	APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE	137
APPENDICE E		
	FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	139
APPENDICE F		
	GRILLE D'ENTREVUE	145
APPENDICE G		
	GRILLE D'OBSERVATION DES ENTRETIENS AU TÉLÉPHONE ET DES ENTREVUES FACE-À-FACE	153
	RÉFÉRENCES	155

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Modèle explicatif en santé mentale	12
1.2 Le modèle développemental-transactionnel des conduites suicidaires chez les adolescents	14
2.1 Article selection process	37
3.1 Processus de sélection des participants	55
4.1 Selection Process of participant	101
4.2 The descriptive, second order, third order theme of protective factors	102
4.3 The descriptive, second order, third order theme of risk factors	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Classification du trouble bipolaire juvénile selon Leibenluft et al. (2003)	9
2.1 Clinical studies of bipolar disorder and suicidality in youths.....	38
2.2 General population studies of bipolar disorder and suicidality in youths.....	41
2.3 Risk and protective factors associated with suicidality in youths with bipolar disorder	42
3.1 Étude de cas à deux niveaux d'analyse imbriqués.....	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ANOVA	Analysis of variance
BD	Bipolar disorder
BD-I	Bipolar Disorder type I
BD-II	Bipolar Disorder type II
BDI-II	Inventaire de dépression de Beck
BD-NOS	Bipolar disorder not otherwise specified
BPI	Trouble bipolaire de type I
BP-II	Trouble bipolaire de type II
BP-NOS	Trouble bipolaire non spécifié
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment
CBCL	Child Behavior Checklist
CBQ	Child Bipolar Questionnaire
COBY	Course and Outcome of Bipolar Illness in Youths
CPP	Comités de protection des personnes
CS	Completed suicide
CSI	Child Symptom Inventory
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
DBT	Dialectical behavior therapy
DISC-IV-T	Diagnostic Interview Schedule for Children, 4th Edition
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
FAD	Family Assessment Device
GBI	General Behavior Inventory
GF	Global functioning
HPS	Hypomanic Personality Scale
ICD-9	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 9th Edition
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis
K-SADS-DRS	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Depression Rating Scale
K-SADS-PL	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version
LR	Linear regression
M-CIDI	Munich-Composite International Diagnostic
MANOVA	Multivariate analysis of variance
MDD	Major depressive disorder
MDE	Major depressive episode
MLR	Multiple linear regression
MS	Mixed state
NIMH	National Institute of Mental Health

OCD	Obsessive-compulsive disorder
PD	Panic disorder
SA	Suicide attempt
SB	Suicide behaviors
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SG	Suicide gesture
SI	Suicide ideation
SLR	Simple linear regression
SP	Suicide plan
SPEA-CHUPS	Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière
ST	Suicide threat
TB	Trouble bipolaire
YMRS	Young Mania Rating Scale

RÉSUMÉ

Le trouble bipolaire (TB) est un trouble mental chronique qui touche environ 0,4 à 1,6 % de la population générale. La prévalence sur la vie du TB s'élève à 1 % de la population d'adolescents et se situe entre 0,1 et 2 % de la population pédiatrique. Par ailleurs, 14 à 50 % des adolescents présentant un TB font une tentative de suicide au cours de leur vie. Pourtant, peu d'études ont, jusqu'à présent, porté sur les comportements suicidaires et le TB chez l'adolescent. Ce projet de recherche doctorale a pour objectif de décrire le rôle des facteurs de protection et de risque associés aux conduites suicidaires chez les jeunes souffrant de TB.

Cette thèse se compose de cinq chapitres. Le chapitre I expose la problématique. Le chapitre II, premier article, vise à étudier les écrits scientifiques publiés de 2002 à 2012 portant sur les conduites suicidaires chez les enfants et les adolescents bipolaires. Cette recension des écrits a permis d'identifier quatre catégories de facteurs de risque : démographique, clinique, psychologique et familiale/sociale. De l'analyse de ces articles, il résulte que seuls les effets positifs de la thérapie comportementale dialectique ont été identifiés comme facteurs de protection. Après avoir étudié la littérature scientifique, la candidate a réalisé des entretiens en face-à-face afin de mieux comprendre le vécu d'adolescents présentant un TB. Suit le chapitre III qui permet de positionner les choix méthodologiques. Puis, le chapitre IV, consistant le deuxième article, comporte l'étude rétrospective de cas d'adultes diagnostiqués d'un trouble bipolaire durant leur jeunesse et suivis au centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière à Paris. Le panel comporte six patients souffrant d'un trouble bipolaire (trois patients ayant fait une tentative de suicide et trois autres n'ayant jamais vécu cette expérience). L'objectif principal de ce chapitre est d'analyser les facteurs de protection susceptibles d'aider l'adolescent bipolaire à ne pas passer à l'acte suicidaire. Préalablement à l'objet de cette recherche, il était nécessaire de donner un aperçu des facteurs de risque. Quatre catégories de facteurs associés aux conduites suicidaires ont pu être identifiées : facteurs de risque individuel, facteurs de risque environnemental, facteurs de protection individuelle et facteurs de protection environnementale. Cette étude a permis de mettre en avant un certain nombre de facteurs communs que l'on retrouve chez les deux catégories de participants et des facteurs spécifiques de chacun des deux groupes. Nous pouvons ainsi avancer l'idée que ces facteurs spécifiques sont plutôt liés aux conduites suicidaires. Les facteurs de protection spécifiques aux conduites suicidaires et retrouvés dans cette étude sont : un soutien social, une personnalité positive (une bonne estime de soi, une vision positive du futur et du monde), une spiritualité

(croire en une force supérieure), l'acceptation du diagnostic de TB par le patient, et un niveau d'engagement à l'école. Les facteurs de risque spécifiques aux conduites suicidaires chez les adolescents souffrant de TB sont, principalement, les antécédents psychiatriques et l'hospitalisation, le sentiment d'être rejeté par un proche, la perception négative du patient vis-à-vis de son trouble et le regard des autres sur celui-ci. Enfin le chapitre V comporte une discussion générale sur les résultats, expose les considérations méthodologiques et cliniques, et suggère des pistes pour de futures recherches. Quoique cette recherche respecte une méthodologie rigoureuse, cette étude reste de nature exploratoire et comporte des limites. En effet, chercher à reproduire ou à généraliser ces résultats ne serait pas approprié en raison du travail de co-construction qui a pu exister entre la candidate et les participants, de la petite taille de l'échantillon et de la nature rétrospective des données. La méthodologie retenue pour cette étude n'autorise pas d'établir l'existence ou la mesure des associations entre variables et ne cherche pas l'exhaustivité des facteurs susceptibles d'influencer la suicidalité dans cette population. Toutefois, cette recherche permet de souligner l'importance de la prise en considération de l'ensemble de ces facteurs lors de la prise en charge thérapeutique du patient et au cours de rencontres avec sa famille ou son environnement immédiat afin de chercher à prévenir le risque suicidaire. Cette démarche, si nécessaire, n'est pas encore suffisante et de futures recherches devraient nous apporter à la fois une meilleure compréhension du phénomène et les protocoles à suivre. Plus précisément, ces recherches devraient permettre de vérifier les associations entre les facteurs de risque et de protection et les conduites suicidaires. Des modèles théoriques et des protocoles susceptibles de permettre l'identification des adolescents à haut risque suicidaire ainsi que des programmes de prévention et d'intervention devraient être développés. L'acceptation du diagnostic par le patient et par son entourage immédiat devrait être davantage pris en considération.

MOTS-CLÉS : trouble bipolaire, conduites suicidaires, adolescence, étude de cas.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Lewinsohn et al. (1995) constatent que les adolescents bipolaires font deux fois plus de tentatives de suicide (44,4 %) que les adolescents souffrant d'un trouble dépressif majeur (22,2 %). Cependant, très peu d'études ont été réalisées sur les comportements suicidaires et le trouble bipolaire chez l'adolescent (Goldstein et al., 2005). Cette thèse vise à identifier et à mieux comprendre le rôle des facteurs de protection et les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez les jeunes souffrant de troubles bipolaires. Le but essentiel de cette étude est d'identifier les facteurs de protection pouvant aider l'adolescent bipolaire à ne pas passer à l'acte suicidaire.

La thèse doctorale se compose de cinq chapitres. Le chapitre I expose le contexte général.

Le chapitre II comprend un article publié dans la revue « *European Child & Adolescent Psychiatry* » et s'intitule « *Juvenile bipolar disorder and suicidality : a review of the last ten years of literature* » (Halfon et al., 2013). Son objectif est d'étudier les écrits scientifiques publiés de 2002 à 2012 sur les conduites suicidaires chez les enfants et les adolescents bipolaires, de cerner les facteurs de risque et de protection, de dégager les implications scientifiques et cliniques permettant ainsi de resituer la problématique dans son contexte. L'accusé d'acceptation des éditeurs se situe à l'Appendice A.

Le chapitre III permet de positionner les choix méthodologiques présentés dans le deuxième article du chapitre IV.

Le chapitre IV comprend un article intitulé « *Protective factors associated with suicidal behaviors among youth with bipolar disorder: a retrospective multiple cases* ».

study » qui sera soumis à la revue Qualitative Research in Psychology. Cette article a été soumis à la revue « Qualitative Research in Psychology ». L'accusé de réception des éditeurs se situe à l'Appendice B. Il s'agit d'une étude rétrospective de cas d'adultes diagnostiqués bipolaires avant l'âge de 21 ans suivis au centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière. Le panel comporte trois patients ayant fait une tentative de suicide avant l'âge de 21 ans et trois autres patients n'ayant jamais fait de tentative de suicide. L'objectif général de cet article est d'identifier les facteurs de protection susceptibles d'aider les adolescents souffrant de trouble bipolaire à ne pas faire de tentative de suicide. La recherche entreprise est de nature qualitative. La stratégie méthodologique utilisée pour cette recherche est l'étude de cas. Celle-ci permet de comprendre en profondeur des phénomènes dans leur contexte (Gagnon, 2008). Cette méthode de recherche s'avère particulièrement pertinente dans les situations où l'on veut comprendre les "comment" et les "pourquoi" des phénomènes auxquels on s'intéresse (Collerette, 1997). Par ailleurs, l'étude de cas permet de nous interroger sur une problématique couvrant une certaine période de temps. Celle-ci sera, par la suite, analysée à partir d'une démarche phénoménologique interprétative.

Enfin la discussion générale, présentée dans le chapitre V, propose une synthèse et une analyse des résultats obtenus, expose les considérations méthodologiques et cliniques qui ont guidées nos recherches et suggère des pistes de recherche futures.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Contexte général

1.1.1 Les conduites suicidaires chez l'adolescent

Définitions. Plusieurs définitions et classifications des conduites suicidaires ont été proposées dans le passé et chacune d'elles possède des avantages et des limites (Stengel, 1964; Beck et al., 1974; Kreitman, 1977; Shneidman, 1985, 1968; Ellis, 1988; Marris, 1992; O'Carroll et al., 1996; Posner et al., 2007). À notre connaissance, la seule définition de la suicidalité donnée pour les enfants et les adolescents a été proposée par Posner et al. (2007) de l'Université de Columbia (voir Appendice C). Cette terminologie distingue deux grandes catégories de comportements suicidaires. La première concerne les idées suicidaires et la deuxième porte sur les comportements suicidaires. Le tableau à l'appendice C présente la distinction entre ces deux terminologies. La conduite est dite suicidaire si l'individu a une intention réelle de mettre fin à ses jours. Lorsque le comportement adopté par le jeune ne répond pas à ce critère, celui-ci peut-être caractérisé de conduite autodestructrice mais non suicidaire.

Prévalences. Au Canada, le suicide est un problème prioritaire de santé publique. En 2004, 3 613 individus ont mis fin à leurs jours dont 238 jeunes de 10 à 19 ans (Statistique Canada, 2005). Au Québec, pour l'année 2006, 1 136 personnes sont mortes par suicide. Bien que ce taux soit le plus bas enregistré au cours des 25 dernières années (avec une baisse des deux tiers chez les adolescents, majoritairement de sexe masculin), il n'en reste pas moins que le suicide est la deuxième cause de

mortalité chez les 15-19 ans et la première chez les 20-34 ans (St-Laurent et Gagné, 2008). En France, en 2003, le nombre de décès par suicide a été estimé à 10 660. Ce sont les 35-54 ans qui sont les plus touchés. Le suicide est la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans et la deuxième entre 15 et 24 ans. Les femmes font deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes, mais ces derniers se suicident deux fois plus qu'elles (DREES, 2006).

1.1.2 Le trouble bipolaire chez l'adolescent

Définitions. Dès le XIX^e siècle, quelques auteurs notaient que la période juvénile représentait une période sensible pour l'apparition des troubles bipolaires. À l'époque d'autres termes étaient utilisés pour invoquer ce trouble. Falret (1890) parle de « folie circulaire » et Sollier (1893) de « neurasthénie circulaire ». C'est en 1913 que Kraepelin a utilisé le terme de dépression pour décrire des périodes de tristesse qui alternent avec les phases d'élévation d'humeur de la « psychose maniaco-dépressive » (Gilbert, 1992). En 1980, le terme de psychose maniaco-dépressive (DSM-II, 1970) a été remplacé dans le DSM-III par l'expression : trouble bipolaire ou maladie maniaco-dépressive. Pendant longtemps, ce trouble a été largement méconnu voire réfuté chez les moins de 18 ans, ne donnant lieu qu'à très peu d'études. Aujourd'hui, le trouble bipolaire en pédopsychiatrie est un domaine de recherche clinique en plein essor. Des synthèses sur le trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent ont été réalisées en langue française (Corcos et al., 1999; Marcelli et Berthaut, 1999) et anglaise (Geller et DelBellon, 2003; Geller et Luby, 1997).

Le DSM-IV-TR (2003) subdivise ce trouble en quatre groupes : le trouble bipolaire I (BPI : Épisodes dépressifs et épisodes maniaques isolés ou récurrents), le trouble bipolaire II (BP-II : Épisodes dépressifs et épisodes hypomaniaques récurrents), le trouble cyclothymique (au moins deux ans de symptômes dépressifs alternant avec des périodes de symptômes hypomaniaques) et, finalement, le trouble bipolaire non spécifié (BP-NOS : trouble ayant des caractéristiques bipolaires qui ne répondent pas

aux critères d'un trouble bipolaire)(Association américaine de psychiatrie, 2003).

Certaines recherches avancent que la classification du DSM-IV-TR n'est pas représentative de la population pédiatrique bipolaire (Birmaher et Axelson, 2006; Leibenluft et al., 2003; Staton al., 2008) et reposent uniquement sur une population adulte. En effet, selon le DSM-IV-TR, l'âge moyen du début du trouble se situe à 20 ans. La rareté ainsi que la forme atypique du trouble bipolaire durant l'enfance et l'adolescence ont souvent été mises en exergue pour réfuter ce diagnostic chez les jeunes de moins de 18 ans. Par ailleurs, les études indiquent que les troubles bipolaires à début précoce ont une présentation clinique différente, semblent être également de forme plus sévère et, généralement, plus difficile à diagnostiquer que les manifestations habituellement retrouvées à l'âge adulte (Geller et Delbello, 2003). Le trouble bipolaire à début précoce est, notamment, associé à des symptômes psychotiques, à de nombreux états mixtes et à une évolution continue faite de cycles rapides et non épisodiques qui s'additionnent parfois à des troubles externalisés (hyperactivité, déficit de l'attention, trouble des conduites, impulsivité). Chez les adolescents plus âgés et les adultes, la forme du trouble bipolaire est biphasée, épisodique et comporte des cycles relativement lents et courts (Carlson et Strober, 1978; Geller et Luby, 1997; Geller et Delbello, 2003).

Depuis quelques années, Leibenluft et al. (2003) se sont efforcés d'établir une typologie du trouble bipolaire juvénile afin de définir adéquatement les représentations cliniques observées chez cette population. La classification proposée par son équipe divise le trouble bipolaire juvénile en trois phénotypes : étroit, intermédiaire et large (voir tableau I.1).

Tableau 1.1
Classification du trouble bipolaire juvénile selon Leibenluft et al., (2003)

Le phénotype étroit	Le phénotype intermédiaire	Le phénotype large
<p>Le phénotype étroit inclut tous les critères diagnostiques du DSM-IV-TR en répondant à tous les critères de durée.</p> <p>Des symptômes d'élévation de l'humeur ou bien de grandiosité doivent être présents (au moins 4 jours pour l'hypomanie et au moins 7 jours pour la manie).</p>	<p>Le phénotype intermédiaire se divise en deux.</p> <p>Manie ou hypomanie non spécifiée. Les personnes répondent aux symptômes de manie ou d'hypomanie mais dont la durée est de 1 à 3 jours.</p> <p>Manie ou hypomanie irritable. Les patients répondent aux critères du DSM-IV-TR en ce qui concerne l'irritabilité (durée de 7 jours) mais sans élévation de l'humeur.</p>	<p>Le phénotype large représente le cas d'enfants et adolescents qui manifestent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des humeurs anormales (principalement de la colère ou de la tristesse) - de l'hyperexcitation (insomnie, agitation, distractibilité, fuite des idées, grande communicabilité, magnificence)

Hormis Leibenluft et al., (2003), l'Association américaine de psychiatrie présente des changements majeurs en ce qui concerne le DSM-5. Parmi ceux-ci une place importante est accordée à la clarification du diagnostic du trouble bipolaire chez l'enfant. En effet, une nouvelle catégorie est créée visant à remplacer la symptomatologie atypique des jeunes qui, jusqu'à présent, étaient diagnostiqués bipolaires. La création du diagnostic du trouble de dérégulation de l'humeur avec dysphorie permet d'inclure des enfants qui présentent de fréquents accès de colère avec irritabilité chronique ainsi que des patients qui, souvent, étaient diagnostiqués comme souffrant d'un trouble bipolaire non spécifié. Cette nouvelle catégorie ne nie pas l'existence du trouble bipolaire chez une population pédiatrique, mais souligne qu'un enfant atteint d'un trouble bipolaire doit avoir la même symptomatologie que

celle des adultes (APA, 2010).

Prévalences. Le trouble bipolaire est un trouble mental chronique qui touche environ 0,4 à 1,6 % de la population générale (DSM-IV-TR, 2000). La plupart des études montrent que la prévalence sur la vie entière du trouble bipolaire s'élève à 1 % de la population d'adolescents (Lewinsohn et al., 1995; Carlson et Kashani., 1988) et de 0,1 à 2 % en population pédiatrique (Axelson et al., 2006; Lewinshon et al., 2002). Dans leur étude épidémiologique, Lewinsohn et al. (1995) ajoutent que 5,7 % de cette prévalence correspond à des adolescents qui ont des symptômes de manie sans répondre aux critères du trouble bipolaire. De plus, de 20 à 40 % des adultes souffrant de troubles bipolaires pensent que les premiers symptômes sont apparus durant leur enfance (Geller & Luby, 1997).

1.1.3 Les conduites suicidaires chez l'adolescent bipolaire

Brent et al. (1988) notent que parmi les adolescents décédés par suicide, 18 à 22 % d'entre eux présentaient une symptomatologie bipolaire. Par ailleurs, une revue de littérature montre qu'entre 14 à 50 % des adolescents présentant un trouble bipolaire font une tentative de suicide au cours de leur vie (Halfon et al., 2013). Dans leur étude épidémiologique, Lewinsohn et al. (1995) constatent que les adolescents bipolaires font deux fois plus de tentatives de suicide (44,4 %) que les adolescents souffrant d'un trouble dépressif majeur (22,2 %). Cette association entre le trouble bipolaire et les comportements suicidaires est plus significative lorsque le début du trouble apparaît avant l'âge adulte (Carter et al., 2003; Slama et al., 2004). Par contre, très peu d'études ont été réalisées sur les comportements suicidaires et le trouble bipolaire chez l'adolescent (Goldstein et al., 2005). Il est important de préciser que les conduites suicidaires chez les bipolaires surviennent, principalement, durant la phase de dépression ou mixte (Oquendo et al., 2000).

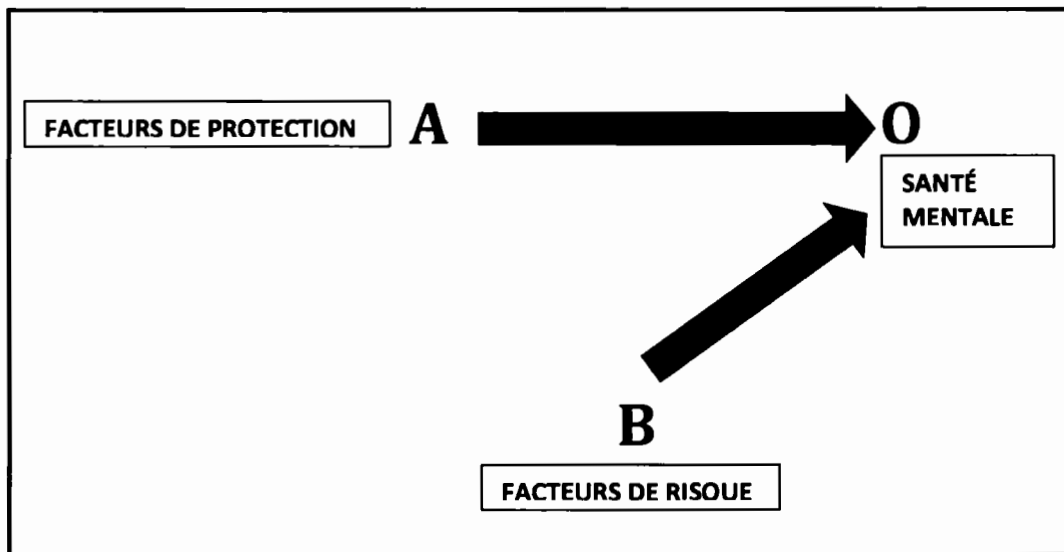
1.2 Les modèles théoriques

1.2.1 Modèle théorique de la santé mentale

La recherche sur la santé mentale a tenté d'analyser la complexité des facteurs de risque et de protection associés au devenir d'un individu. Les dix dernières années ont mis en évidence que la psychopathologie est le résultat d'une combinaison de facteurs de risque et de protection ayant un impact sur l'individu. Les facteurs de risque peuvent être multiples (environnementaux, familiaux, médicaux, psychologiques et sociaux) et sont divisés en deux catégories, souvent d'ailleurs confondus, les situations de risque et les facteurs de vulnérabilité. Les situations de risque sont généralement environnementales telles que des stress vécus. Ils représentent des variables qui précèdent l'apparition du trouble ou du comportement à risque. Le facteur de risque est causal si la manipulation des facteurs a un effet sur le devenir de l'individu. Les facteurs de vulnérabilité sont des traits innés et stables qui influencent négativement la réponse de la personne face à un événement stressant.

Les facteurs de protection sont présents préalablement, c'est-à-dire avant que la situation de risque n'apparaisse. Les facteurs de protection désignent des caractéristiques biopsychosociales qui protègent la personne contre le développement d'une psychopathologie ou réduisent l'impact des facteurs de risque (Pronovost et al., 2003). Ils désignent ainsi des traits de personnalité, des ressources de l'environnement ou bien encore des aptitudes qui permettent à l'individu de se remettre d'un événement stressant (Kraemer et al., 2001; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2006). Par conséquent, les facteurs de protection améliorent la condition de l'individu de manière positive en modérant l'effet du facteur de risque sur la santé mentale. La majorité des modèles explicatifs en santé mentale s'inspire de ce schéma (voir figure 1.1).

Figure 1.1
Modèle explicatif en santé mentale



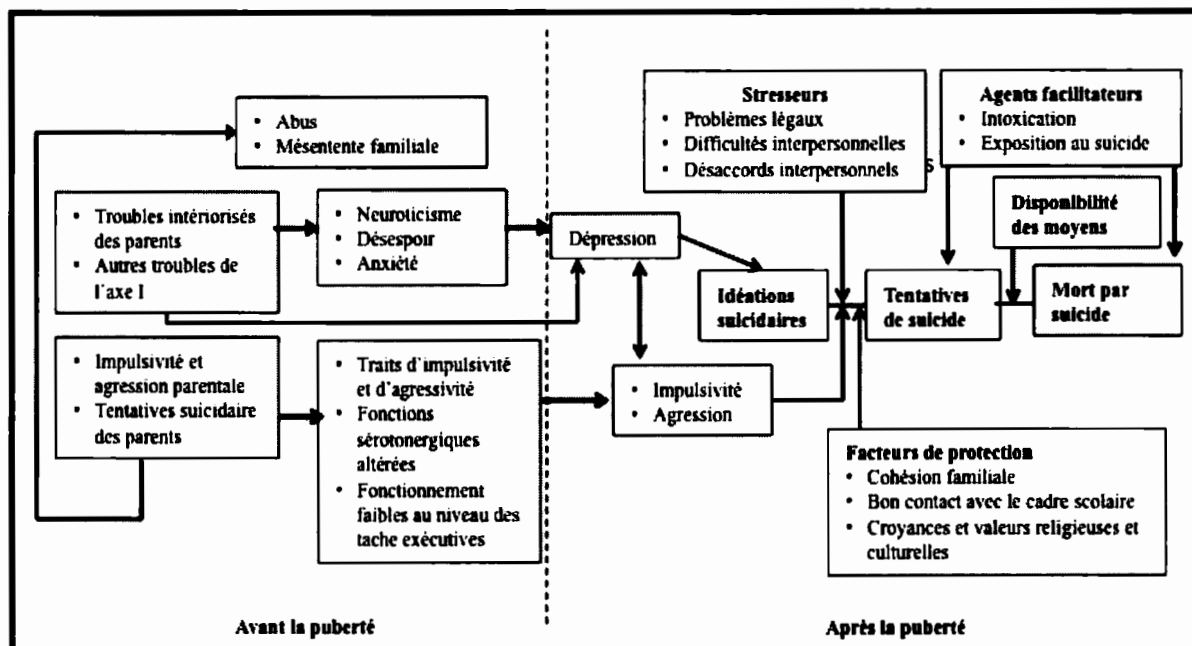
Inspirée des travaux de Kraemer et al., 2001 et Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2006.

1.2.2 Modèle explicatif des conduites suicidaires chez les adolescents

Dans l'étude des comportements suicidaires chez les adolescents, une composante développementale doit être prise en considération. En effet, la transition de l'enfance à l'adolescence est caractérisée par de nombreux changements au niveau affectif, cognitif, biologique et social. Cette période de la vie peut, par conséquent, être vécue avec difficulté tant le changement est important et décisif. Le jeune va devoir se construire des processus identitaires stables malgré son inexpérience cognitive. Il va faire face à des changements pubertaires et à de nouveaux centres d'intérêt. Par ailleurs, à cet âge, il est particulièrement sensible aux bouleversements extérieurs (Compas et al. 1995).

Bridge et al. (2006) ont présenté un modèle développemental-transactionnel pour expliquer les comportements suicidaires chez les jeunes. Ces auteurs pensent que l'intégration de ces nouveaux acquis, tels que les changements pubertaires, les nouveaux centres d'intérêt et la crise identitaire, est intercorrélée et pourrait provoquer différents degrés d'anxiété qui rendraient le jeune plus vulnérable au suicide. D'après ce modèle, les conduites suicidaires chez les jeunes est le résultat d'une accumulation de facteurs de risque (des facteurs prédisposants et des facteurs précipitants) associés à un trouble psychiatrique. Les facteurs prédisposants sont présents en grande partie avant la puberté tandis que les facteurs précipitants le sont après ce phénomène. Des facteurs de protection sont aussi identifiés. Ce modèle reconnaît quatre volets susceptibles d'engendrer la suicidalité pendant l'adolescence. Le premier volet met en avant un ensemble de vulnérabilités déjà existant durant l'enfance telles que les facteurs parentaux (biologiques et environnementaux), l'humeur et le tempérament (l'angoisse ou le névrosisme). Le deuxième volet inclut l'impulsivité, l'agressivité et le fonctionnement des tâches exécutives. Le troisième volet prend en compte la présence de stressseurs (relations conflictuelles avec les membres de la famille et les pairs) ainsi que des facilitants (exposition aux problèmes du suicide par la famille ou les pairs, possession d'une arme à feu). Ce volet souligne l'importance des événements de vie stressants. Enfin, le quatrième volet représente les facteurs de protection (lien familial, scolaire, croyance religieuse) (voir Figure 1.2).

Figure 1.2
Le modèle développemental-transactionnel des conduites suicidaires
chez les adolescents



Tirée des travaux de Bridge et al, 2006.

1.2.3 Modèle théorique des conduites suicidaires chez les bipolaires

À ce jour, il n'existe aucun modèle explicatif des conduites suicidaires chez les adolescents bipolaires. Le seul modèle connu est celui proposé par Oquendo et al. (2000) chez l'adultes bipolaires. Ces auteurs confirment l'hypothèse qu'un modèle « diathèse-stress » se manifeste chez les adultes bipolaires suicidaires. Selon ce modèle, la présence d'agressivité, le niveau de désespoir élevé, l'absence ou le manque de raisons de vivre ainsi que la présence d'idéations suicidaires (diathèse) prédisposeraient le patient bipolaire à faire une tentative de suicide. De plus, la présence de dépression ou d'état mixte (stresseurs) représenterait un déclencheur dans l'apparition d'une tentative de suicide chez les adultes bipolaires. Bien que le modèle

de Bridge et al. (2006) met aussi bien en avant des stressseurs internes qu'externes dans l'explication des conduites suicidaires chez les adolescents suicidaires dépressifs, Oquendo et son équipe suggèrent que les événements de vie ne prédiraient pas les tentatives de suicide chez les adultes bipolaires. Ce constat semble être la conséquence de différents problèmes d'ordre méthodologique. En effet, Oquendo et al. (2000) ont choisi d'exclure toutes les personnes bipolaires présentant une comorbidité aux abus de substance. Le fait d'exclure celles-ci de la recherche a pu conduire à l'élimination d'une grande partie de patients susceptibles de rencontrer des événements de vie stressants. En effet, les écrits scientifiques montrent que les événements malheureux sont plus souvent présents chez les personnes suicidaires présentant des troubles d'abus de substance que chez ceux souffrant de troubles affectifs (Rich et al., 1988).

Aucun modèle théorique n'a été établi chez l'adolescent bipolaire suicidaire. Les deux modèles présentés ci-dessus mettent en avant le fait que la présence de tentatives de suicide chez les jeunes bipolaires est le résultat d'une combinaison de facteurs de risque et de protection. Lorsque l'adolescent présente un nombre important de vulnérabilités (vulnérabilités biologiques, psychologiques et sociales), il dispose de moins d'outils pour faire face aux stressseurs aussi bien internes (dépressions, états mixtes, agressivité) qu'externes (événements de vie). Par ailleurs, les facteurs de protection, présents en amont, viennent modérer l'effet des facteurs de risque sur le devenir et diminuent la présence de tentatives de suicide.

1.3 Objectifs de la thèse

Cette thèse, de nature descriptive et exploratoire, repose sur une méthode empirique. Elle cherche, à partir d'une démarche rétrospective, à identifier et à mieux comprendre le rôle des facteurs de protection et les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez les jeunes souffrant de troubles bipolaires. Le but principal

de cette étude est d'identifier les facteurs de protection susceptibles d'aider l'adolescent bipolaire à ne pas passer à l'acte suicidaire.

CHAPITRE II

REVUE DE LA LITTERATURE (ARTICLE I)

Running head: JUVENILE BIPOLAR DISORDER AND SUICIDALITY

Juvenile bipolar disorder and suicidality:

A review of the last ten years of literature

Halfon, Natacha, M.A (Psy). ^{1, 4, 5, 7}, Labelle, Réal, M.Ps., Ph.D. ^{1, 2, 4, 5, 7}

Cohen, David, M.D., Ph.D. ^{3, 7, 8}, Guilé, Jean-Marc, M.D. ^{2, 7, 8, 9}

Breton, Jean-Jacques, M.D., M.Sc. ^{2, 5, 6, 7}

¹ Université du Québec à Montréal, Département de psychologie

² Université de Montréal, Département de psychiatrie

³ Université Pierre et Marie Curie, Département de psychiatrie

⁴ Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie

⁵ Centre de recherche Fernand-Seguin

⁶ McGill Group for Suicide Studies

⁷ Hôpital Rivière-des-Prairies, Clinique des troubles de l'humeur et Service de
recherche

⁸ Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Groupe Hospitalier Pitié-

Salpêtrière ⁹ Centre de consultation et de cure ambulatoire

Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Guilé, JM. Et Breton, JJ. (2013). Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 22 (3), 139-51.

Résumé

Bien que les jeunes souffrant d'un trouble bipolaire (TB) aient un risque élevé de faire une tentative de suicide, très peu de recherches ont été conduites sur la suicidalité de cette population. Le but de cette revue de littérature parus ces dix dernières années était d'identifier, pour cette catégorie de personnes, les facteurs de risque et de protection associés à ce phénomène et de discuter de ses implications pour la recherche et la pratique clinique. Cette étude, faite à partir des bases de données Medline et PsycINFO, portait sur la période allant du début 2002 à la mi-2012. Elle a permis d'identifier seize articles pertinents qui ont, ensuite, été étudiés à l'aide d'une grille d'analyse. Une méthode d'analyse de consensus a été utilisée par les auteurs à toutes les étapes de l'examen. Quatre catégories de facteurs de risque liés à la suicidalité chez les jeunes atteints d'un TB ont été identifiés : démographique (âge et sexe), clinique (dépression, état mixte ou caractéristiques mixtes prescripteur, manie, troubles anxieux, symptômes psychotiques et toxicomanie), psychologique (tempérament cyclothymique, désespoir, mauvaise gestion de la colère, faible estime de soi, locus de contrôle externe, impulsivité et agressivité, tentatives de suicide antérieures, histoire de l'idéation suicidaire, comportements d'automutilation et hospitalisation psychiatrique passée), et familiale/histoire sociale (existence de tentatives de suicide au sein de la famille, antécédents familiaux de dépression, faible qualité de vie, dysfonctionnement familial, événements stressants de la vie, violence physique/sexuelle et retrait social). Les jeunes souffrant d'un TB et ayant un profil symptomatique plus complexe sont davantage exposés au risque suicidaire. Peu de facteurs de protection associés à ces risques ont été étudiés chez les jeunes appartenant à cette famille. Un facteur protecteur a été identifié: les effets positifs de la thérapie comportementale dialectique. L'article présenté permet une meilleure appréciation des facteurs de risque et de protection associés à la suicidalité chez les

jeunes bipolaires. Une plus grande sensibilisation des facteurs de risque est la première étape dans la prévention du suicide.

Mots-clés: Bipolaire; Suicidalité; Jeunes; Recension

Abstract

Although children and adolescents with bipolar disorder (BD) are at elevated risk for suicide, little research to date has been conducted on suicidality in this population. The purpose of this descriptive review of the past ten years of scientific literature on suicidality in youths with BD was to identify the risk and protective factors associated with this phenomenon, and to discuss the implications for research and clinical practice. Searches on *Medline* and *PsycINFO* databases for the period from early 2002 to mid-2012 yielded 16 relevant articles, which were subsequently explored using an analysis grid. Note that the authors employed a consensus analysis approach at all stages of the review. Four primary categories of risk factors for suicidality in youths with BD were identified: demographic (age and gender), clinical (depression, mixed state or mixed features specifier, mania, anxiety disorders, psychotic symptoms, and substance abuse), psychological (cyclothymic temperament, hopelessness, poor anger management, low self-esteem, external locus of control, impulsivity and aggressiveness, previous suicide attempts, and history of suicide ideation, non suicidal self-injurious behaviors and past psychiatric hospitalization), and family/social (family history of attempted suicide, family history of depression, low quality of life, poor family functioning, stressful life events, physical/sexual abuse, and social withdrawal). Youths with BD who experienced more complex symptomatic profiles were at greater risk of suicidality. Few protective factors associated with suicidality have been studied among youths with BD. One protective factor was found in this descriptive literature review: the positive effects of Dialectical Behavior Therapy. This article allows a better appreciation of the risk and protective factors associated with suicidality among youth with BD. Greater awareness of risk factors is the first step in suicide prevention.

Keywords: Bipolar; Suicidality; Youths; Review

2.1 Introduction

Bipolar disorder (BD) in pediatric populations is a major public health problem affecting 1.8% of the United States population according to a recent meta-analysis (Van Meter et al., 2011). Adolescents with BD are at risk of death from suicide. Using a psychological autopsy protocol, Brent et al. (1993, 2011) investigated the prevalence of psychiatric disorders in adolescent suicide completers and suicidal inpatients; the authors found that 18% to 22% of adolescent suicide completers presented bipolar symptomatology. Lewinsohn et al. (1995) reported that twice as many adolescents with BD as those with major depressive disorder attempted suicide (44.4% vs. 22.2%). A longitudinal study by Strober et al. (1995) revealed that of a sample of 54 adolescents with bipolar-I disorder, 20% had attempted suicide in the five years following recruitment. Slama et al. (2004) found that the relationship between suicidality and BD was stronger when BD onset occurred before adulthood. Moreover, Carter et al. (2003) demonstrated that in a sample of 320 patients with BD, who were aged 16 to 67 years, 56% of patients with symptom onset after age 18 presented suicide ideation or had made one or more suicide attempts; the percentage increased to 74.5% in patients with symptom onset prior to age 18.

Despite the elevated suicide risk in this population, little research to date has been conducted on suicidality and BD in children and adolescents. However, two literature reviews summarize the information available in the scientific writings. In their 2007 literature review, Jolin et al. (2007) reported only 9 studies that focused exclusively on risk factors for suicide in children and adolescents with BD; the authors reported 20 studies that focused on adult populations, despite the stated objective of exploring risk factors for suicidality in youth with BD. If the 2009 literature review by Goldstein et al. (2009) outlines the risk factors, it however does not discuss protective factors. Moreover, it does not provide specifics regarding issues linked with selected

methodologies i.e. distinguish studies achieved with clinical samples from those with general population. Our objective was to conduct a descriptive review of scientific articles published from early 2002 to July 2012 on suicidality in children and adolescents with BD, to identify the risk and protective factors associated with this phenomenon, and to discuss research and clinical implications.

2.2 Methods

2.2.1 Conceptual framework

The definition of suicide adopted in this study refers to the following: a) Suicide attempt (SA) or suicide gesture (SG), defined as any physically self-injurious act committed with some intent to die; b) Suicide plans (SP), which refers to an individual's strategy (such as time, place and means) to complete suicide, c) Suicide ideation (SI), which represents any thoughts about suicide, d) Thoughts of death, or the wish to die, e) Suicide threats (ST), or the verbal expression of any suicidal attempt, f) Suicide behaviors (SB), which include suicide attempts as well as suicide ideation and; g) Suicidality, which refers to all forms of suicide behaviors such as suicide attempts, suicide ideations but also suicide threats, thoughts of deaths and suicide plans.

2.2.2 Article selection

We used the *Medline* and *PsycINFO* databases to identify relevant articles published between 2002 and mid-2012. Despite increased interest in BD in children and adolescents since the mid-1990s (Geller & Luby, 1997), very few studies that specifically examined suicidality in the juvenile bipolar population were published before 2000 (Goldstein et al., 2005). We therefore decided to begin our literature

review in 2002 when the study of suicidality in children and adolescents started to elicit a great deal of interest and with the goal to obtain current information on the subject. We began with the following selection criterion: articles published from January 2002 to July 2012 on BD and suicidality in children and adolescents.

For the research with Medline, we used the following search keywords: *Bipolar* and *Bipolar Disorder* and *suicid**, *Humans*, *Child: 0-18 years*, *Preschool Child: 2-5 years*, *Adolescent: 13-18 years*, *Young Adult: 19-24 years*. An initial 393 articles were identified.

For the research with PsycINFO, the search keywords were: *Bipolar** (any field) and *Suicid*(any field)* and *Bipolar Disorder (any field)*, *Childhood: birth to 12 years*, or *Neonatal: birth to 1 month*, or *Infancy: 2 to 23 months*, or *Preschool Age: 2 to 5 years*, or *School Age: 6 to 12 years* or *Adolescence: 13 to 17 years*, or *Young Adulthood: 18 to 29 years*. Through this second research, another 442 articles were identified. Among those 835 articles (393 + 442), we read abstracts and selected 214 articles mainly focused on BD.

Next, articles were excluded if they focused primarily on genetic or biological aspects of the disorder, did not include youths, did not address suicidality, or did not identify clinical characteristics or factors associated with suicidality. Non-empirical studies were also excluded. Finally, the reference lists of all remaining articles were searched for further articles that met our selection criteria; two further articles were identified using this process. Sixteen articles were retained. See Figure 2.1 for the article selection process.

Insert Figure 2.1

2.2.3 Analysis grid

The first two authors separately analyzed each of the 16 retained articles and extracted relevant information using an analysis grid. The first section of the grid included general information: author(s), publication year, and country of origin of the author(s). The second section included information about study design, psychometric instruments, and sample size and type. The third section of the grid included results, that is, clinical and psychosocial risk and protective factors associated with suicide behavior. The five authors then employed a consensus analysis approach at all stages of the review.

2.3 Results

Of the 16 articles included in this review, 13 studies used clinical samples (Goldstein et al, 2005; Algorta et al., 2011; Axelson et al., 2006; Birmaher et al., 2009; Caetano et al., 2006; Disalver et al., 2005; Disalver et al., 2006; Goldstein et al., 2008; Goldstein et al., 2007; Goldstein et al., 2012; Kochman et al., 2005; Rende et al., 2007; Rucklidge et al., 2006) and 3 studies used general population samples (Bronisch et al., 2005, Lewinsohn et al., 2002; Papolos et al., 2005). The characteristics of the studies and the findings concerning risk factors associated with suicidality for children and adolescents are presented in Tables 2.1 and 2.2, respectively. Of note is that 8 studies investigated adolescents only.

Insert Tables 2.1 and 2.2

2.3.1 Risk factors

Syntheses of the risk factors and the protective factors associated with suicidality in youths with BD are presented in Table 2.3. The studies analyzed in this review did not all assess the same risk and protective factors; for each factor, we have indicated the studies that documented this factor and its association with suicidality.

Insert Table 2.3

Demographic factors. Two demographic factors seem to influence suicide risk in youths with BD. First, clinical studies on juvenile BD demonstrated that age at onset of BD is relevant (Lewinsohn et al., 2002). Goldstein et al. (2005) and Rende et al. (2007) reported more suicide attempts in individuals with BD onset after age 12. Lewinsohn et al. (2002) reported that first suicide attempt occurred at a younger age for patients with BD than for patients with major depressive disorder (MDD). Adolescents with early-onset BD and those with late-onset BD presented a higher rate of suicide attempts than did children with BD (Goldstein et al., 2005; Birmaher et al., 2009). Second, gender may be relevant in suicide among youths with BD. Algorta et al. (2011) and Goldstein et al. (2012) found that suicidality was significantly higher among girls, although Papolos et al. (2005) reported no significant difference between girls and boys with BD in suicide threats according to parent reports (15% vs. 11%), and Goldstein et al. (2005) reported no effect of gender.

Clinical factors. The majority of the studies that focused primarily on clinical factors were methodologically rigorous. Where symptomatology is concerned, Axelson et al. (2006) reported that prior suicide ideation did not differ across BD subtypes. However, a difference is noticed regarding suicide attempts as youths with bipolar-I

disorder (BD-I) made significantly more suicide attempts than did youths with BD not otherwise specified (BD-NOS) (35% vs. 21%). These results are consistent with the results of two other studies. Goldstein et al. (2005) reported a higher rate of suicide attempts in youths with BD-I than in youths with BD-II (bipolar-II disorder). Bronisch et al. (2005) confirmed a significant relationship between mania and suicide behavior and, to a lesser extent, between hypomania and suicide behavior. However, Caetano et al. (2006) and Goldstein et al. (2012) found no difference between BD-I, BD-II and BD-NOS groups in prevalence of suicide ideation, thoughts of death, suicide plans and suicide attempts. According to Goldstein et al. (2005), suicide risk increases with duration of the disorder.

Caetano et al. (2006) found that youths with BD who presented psychotic symptoms were at greater risk for suicide ideation (94% vs. 42%), thoughts of death (100% vs. 69%), and suicide plans (65% vs. 15%) than were youths with BD without psychotic symptoms. The same finding was observed for risk of suicide attempts (Goldstein et al., 2005). Papolos et al. (2005) observed that psychotic symptoms, primarily hallucinations, were very common among suicidal youths with BD; 80% of youths who reported hallucinations threatened suicide. However, Goldstein et al. (2012) examined past, intake, and follow-up predictors of prospectively observed suicide attempts among 413 youths with BD. Regarding psychosis, Goldstein et al. (2012) found no association with suicidality at intake but showed an association at follow-up.

Dilsaver et al. (2005) reported that 67% of 82 youths with mixed state reported suicide ideation. The authors estimated that the relative risk for suicide ideation was 1.65 times greater for girls with mixed state than for boys with the same condition. Moreover, 51% of youths suffering from BD with mixed state (81% of girls and 28% of boys) had attempted suicide. The relative risk for suicide attempts was 2.8 times greater for girls presenting a mixed state than for boys presenting the same symptom.

These results are consistent with those of Caetano et al. (2006), who found that mixed states were very common in youths with BD who attempted suicide. Moreover, Algorta et al. (2011) found that 79% of youths with BD with mixed features reported lifetime suicide ideation and suicide attempts. Goldstein et al. (2012) reported a proximal temporal association between prospectively mixed state and suicide risk among youths with BD. Indeed, the authors estimated that the more weeks the patient spent with mixed mood symptoms, the higher was the risk for suicide attempt.

Depressive episodes are common in youths with BD who have attempted (Goldstein et al., 2005) or threatened suicide (Papolos et al., 2005). Algorta et al. (2011) found that suicidality was significantly greater in youths with more severe depression. Moreover, according to Goldstein et al. (2012), severity of depressive episode is one of the most important predictors of suicide attempts among youths with BD at study intake. At follow-up, the study showed that suicidality was highly correlated with weeks spent with depression. Goldstein et al. (2005, 2012) and Algorta et al. (2011) used the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) to evaluate depressive symptoms while Papolos et al. (2005) used the Child Bipolar Questionnaire.

Together, these findings indicate that suicidal youths with BD are likely to present an acute depressive state (Goldstein et al., 2005, 2012), mixed state (Caetano et al., 2006, Disalver et al., 2005, Goldstein et al., 2012), manic episode (Goldstein et al., 2012, Bronisch et al., 2005), or psychotic symptom (Caetano et al., 2006, Goldstein et al., 2005, 2012; Papolos et al., 2005). In our comparison of clinical studies and studies of the general population, psychotic and depressive symptoms are often present in both clinical and general populations, and that mixed state and greater overall BD severity are more common in clinical populations (Goldstein et al., 2005; Caetano et al., 2006; Disalver et al., 2006). Goldstein et al. (2005, 2012) demonstrated that youths with BD were more prone to suicidality during the peak

phase of the disorder as measured by impairment on the Global Functioning Scale.

Few studies reported specific data concerning comorbidity. Anxiety disorders (Goldstein et al., 2005; Disalver et al., 2006) and substance abuse disorders (Goldstein et al., 2005, 2012) are associated with increased risk of suicidality in juvenile with BD. Papolos et al. (2005) observed a relationship between suicide threats in youths with BD and symptoms typically associated with anxiety disorders. Panic disorder was found to be associated with increased suicide attempts and greater suicide ideation in youths with BD (Goldstein et al., 2005). Obsessive-compulsive disorder and social phobia were also demonstrated to be associated with greater suicide ideation in youths with BD, but not in youths with major depressive disorder (Disalver et al., 2006). Goldstein et al. (2012) found that the only comorbid axis I disorder at intake that differentiated attempters from non-attempters was substance use disorders. At follow-up, this study also identified panic disorder. Anxiety disorders were observed in both clinical and general populations (Goldstein et al., 2005; Disalver et al., 2005; Disalver et al., 2006). In certain cases, anxiety may be associated with early onset of BD in suicidal youths and may constitute a key contributing factor to suicide behaviors in juvenile BD. Substance abuse is also common in youths with BD who have attempted suicide (Goldstein et al., 2005, 2012; Goldstein et al., 2008).

Where suicidality is concerned, suicide ideation (Goldstein et al., 2005, 2012; Axelson et al., 2006) and suicide behaviors (Goldstein et al., 2005, 2012) predict suicide risk in youths with BD. Indeed, 54% of youths who attempted suicide had a history of suicide behaviors (Goldstein et al., 2005), and 67% of suicide attempts were predictable by retrospective measurement of prior frequent and intense suicide ideation. Moreover, suicidal attempters had greater rates of non-suicidal self-injurious behaviors and past psychiatric hospitalization at follow-up (Goldstein et al., 2012).

Psychological factors. Findings concerning psychosocial risk factors for suicidality in

juvenile BD are similar to those reported for suicidal adolescents suffering from depression (Brent et al., 1993; Breton et al., 2002; Bridge et al., 2006; Yang et al., 2000). Suicidal youths with BD often report hopelessness, low self-esteem (Rucklidge, 2006; Papolos et al., 2005), poor anger management (Rucklidge, 2006), aggressive and impulsive behaviors (Papolos et al., 2005), and an external locus of control, that is, the tendency to attribute negative events to external forces (e.g., chance or the influence of others) (Rucklidge, 2006).

Kochman et al. (2005) indicated that cyclothymia is associated with suicidality in youths with BD. The authors found that a cyclothymic temperament in childhood predicted BD in adulthood. Cyclothymic temperament was defined as a personality trait characterized by significant mood swings, intense emotional reactions, impulsive and aggressive behaviors, and hypersensitivity; the authors adapted and validated the Cyclothymic-Hypersensitive Temperament Questionnaire to measure cyclothymic temperament. This temperament proved to be significantly associated with suicide ideation and suicide attempts in youths: 81% of youths with a cyclothymic temperament reported at least one episode of suicide ideation, as compared to only 36% of youths without a cyclothymic temperament. Moreover, a significantly greater proportion of children and adolescents with a cyclothymic temperament attempted suicide. The authors hypothesized that cyclothymia contributes to severity of juvenile BD.

Family and social factors. Goldstein et al. (2005, 2012) demonstrated that family history of attempted suicide predicted suicide behaviors in youths with BD. Goldstein et al. (2012) showed that family history of depression emerged as a significant predictor of suicide attempts. However, history of major depression, mania, conduct disorder, substance abuse, and even completed suicide in a parent did not seem to contribute to the development of suicidality in bipolar youths. It should, however, be noted that those results are only based on the study of Goldstein et al (2005, 2012).

Papolos et al. (2005) found that social withdrawal was associated with suicide threats in youths with BD. Stressful life events also played an important role in suicidality (Papolos et al. 2005), and it has been reported that many youths with BD who attempted suicide were victims of sexual or physical abuse (Goldstein et al., 2005, 2008).

Algorta et al. (2011) reported a relationship between suicide attempts and family dysfunctioning among youths with BD. Family dysfunctioning is defined as a potential disruption in family processes. The Family Assessment Device (FAD), which measures this notion (2011), has a scale based on 27 different items. The authors found a high score on the FAD reflecting difficulties regarding family functioning in families of youths who had made a suicide attempt. Moreover, the same authors found a correlation between poor quality of life and increased suicidality.

2.3.2 Protective factors

This literature review revealed that few protective factors of suicidality have been studied among youths with BD. The only protective factor found in this literature review was the positive effects of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on patients. DBT was created by Marsha Linehan (1993) and was originally designed to treat patients with borderline personality disorder. This evidence-based psychotherapy focuses mainly on emotional dysregulation, tolerance of distress, acceptance, and mindful awareness. According to the one-year exploratory open trial conducted by Goldstein et al. (2007), adolescents with BD showed an absence of suicidality by the end of the treatment although 8 of the 10 participants had a history of suicide attempts. After DBT therapy, the patients showed improvement in emotional regulation and depressive symptoms. As a consequence, having a better emotional

regulation and fewer depressive symptoms helps to decrease suicidality among youths with BD.

Moreover, we should also note that lithium has been established as an efficient drug in reducing suicidality among adults with BD (Goodwin et al., 2003; Baldessarini et al., 2006). Indeed, Goodwin et al. (2003) reported that frequency of suicide attempts and completed suicides was lower among patients treated with lithium than in those treated with divalproex; furthermore, the meta-analysis by Baldessarini et al. (2006) of 31 studies found that suicide risk was five times lower in participants treated with lithium. While we cannot generalize this data to apply to youths, we can hypothesize that there would be a similar positive effect of lithium on suicide among youths with BD.

2.4 Discussion

2.4.1 Methodological limitations

Despite a recent increase in research on juvenile BD, risk and protective factors associated with suicidality remain under-studied. It is important to note that database searches for clinical trials regarding risk and protective factors associated with suicide behaviors among youths with BD revealed no new articles. Consequently, it will be essential for future studies to include suicidality as a variable in their research.

Most of the studies included in this review used a cross-sectional design, and very few tested specific hypotheses. Given that BD is characterized by recurring mood swings and a diachronic clinical profile, data on the temporal sequence of symptoms is critical in order to improve understanding of the disorder. As recommended by Hennen (2003), longitudinal design should be prioritized, in order to analyze change over time and to take into account the recurrent mood swings that define BD. The

five studies using a cohort design (Goldstein et al., 2005, 2012; Kochman et al., 2005; Bronisch et al., 2005; Lewinsohn et al., 2002) show stronger association in terms of risk and protective factors associated with BD.

The primary instrument used to measure the presence of suicidality and the presence of BD in the studies reviewed here was the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), a validated semi-structured interview designed to evaluate the presence of DSM-IV (APA, 2000) criteria for BD in patients 6 to 18 years old (Kaufman et al., 1997). Future studies would stand to gain from adopting a standard classification of suicide behaviors for a pediatric population as proposed by Posner et al. (2011). This classification was empirically validated. Indeed, the psychometric and validity analysis of the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) demonstrated good predictive validity in determining participants with a high risk for a suicide attempt (Posner et al., 2011).

Finally, the generalizability of this review is limited because 6 of the 16 articles included in the review (Goldstein et al., 2005, 2008, 2012; Axelson et al., 2006; Birmaher et al., 2009; Rende et al., 2007) used data from the *Course and Outcome of Bipolar Illness in Youths (COBY)* study. Supported by the National Institute of Mental Health (NIMH), the COBY study is jointly conducted by the University of Pittsburgh, Brown University, and the University of California (Los Angeles). Although the COBY study is the largest study conducted on a pediatric bipolar population, the use of COBY data in multiple articles limits the generalizability of the findings of our review. Further, it must be noted that 81% of the articles reviewed were published in the United States and caution must be exercised when applying results to other countries where there exist variations in cultural contexts and healthcare systems. Recently, Bellivier et al. (2011), comparing two large samples of American and European bipolar patients, supported this hypothesis by showing a

higher proportion of patients in the early-onset subgroup and the lower mean age-at-onset in the sample from the United States.

2.4.2 Research Implications

Future research should be exploratory, including prospective descriptive and qualitative studies designed to improve our understanding of the risk and protective factors associated with suicidality in this population. Such studies would allow a more accurate and detailed description of the phenomenon.

To ensure that future research in this area focuses on individuals accurately diagnosed with BD, studies should prioritize clinical populations and employ validated diagnostic measures such as the K-SADS-PL for diagnosing BD, and Posner et al.'s classification for measuring suicidality (Posner et al., 2007). Moreover, a best-estimate diagnosis technique should be used since the clinical judgment of experienced psychiatrists may play an important role in diagnosing BD. Finally, longitudinal studies should be chosen instead of cross-sectional design studies.

2.4.3 Clinical implications

The results of this literature review indicate that suicide behaviors among children and adolescents with BD are influenced by four categories of risk factors: demographic (age and gender), clinical (depression, mixed state or mixed features specifier, mania, anxiety disorders, psychotic symptoms, and substance abuse), psychological (cyclothymic temperament, hopelessness, poor anger management, low self-esteem, external locus of control, impulsivity and aggressiveness, previous suicide attempts, history of suicide ideation, non suicidal self-injurious behaviors and past psychiatric hospitalization), and family/social (family history of attempted

suicide, family history of depression, low quality of life, poor family functioning, stressful life events, physical/sexual abuse, and social withdrawal). Youths with BD with more complex symptomatic profiles (mania, psychotic symptoms, mixed state, poor functioning) were at greater risk of suicidality. Moreover, adolescents with BD appear to be at a higher risk of suicidality than children with BD. Goldstein et al. (2005) have proposed that this phenomenon is attributable to developmental stage, suggesting that adolescents have greater cognitive capacity, allowing them to plan and execute a suicide act. Risk factors associated with suicidality among youths with BD are inter-related, and a pattern of multiple risk factors increases vulnerability to further risk.

The results of this review revealed that little is known about factors that protect against suicidality in youths with BD. Indeed, the positive effects of Dialectical Behavior Therapy are the only protective factors associated with suicidality among children and adolescents with BD identified in this literature review. However, this result, while encouraging, should be regarded as preliminary since the study had no control group and included only 10 individuals. Most research on suicide behaviors among patients with BD has been conducted in adults. In adults with BD, factors such as having strong reasons for living, having a high level of social support, or holding strong religious beliefs seem to provide some protection against suicidality (Chaudhury et al., 2007; Oquendo et al., 2000; Dervic et al., 2011). Moreover, pharmacotherapy for BD usually involves mood stabilizers such as lithium or atypical antipsychotics (Consoli et al., 2006, 2007), but few drug treatments have been investigated for their potential positive impact against suicide. Lithium has become established as an efficient pharmacologic strategy for reducing suicidality (Tondo et al., 2006; Goodwin et al., 2003). Mood stabilizers seem to also decrease suicidality rates among adults with BD (Sondergard et al., 2008). Although no similar studies involving the pediatric population are available, two longitudinal naturalistic studies

confirmed that lithium and mood stabilizers prevented, as in the adult population, symptomatic relapse in adolescents with BD (Strober et al., 1995; Daley et al., 2005).

2.5 Conclusion

Youths with BD have a high risk of suicidality. This descriptive literature review underscores the importance of identifying risk factors and recognizing acute distress in youths with BD with suicide behaviors. Mental healthcare professionals (psychiatrists, psychologists, nurses, social workers, etc.) may wish to take an active role in the identification of at-risk youth, and increase vigilance regarding suicide when evaluating youths with BD. Greater awareness of risk factors is the first step in suicide prevention. The present review allows a better appreciation of suicide risk among youths with BD. However, more research is needed to provide a better understanding of suicide behaviors in children and adolescents with BD.

Acknowledgments: We wish to thank the Center for Research and Intervention on Suicide and Euthanasia for financing the translation of this paper, and the members of the laboratory for research on suicide and mood disorders at Université du Québec à Montréal for their essential advices and comments. Moreover, we would like to thank the reviewers and the editor for their critical and constructive comments.

Figure 2.1
Article selection process

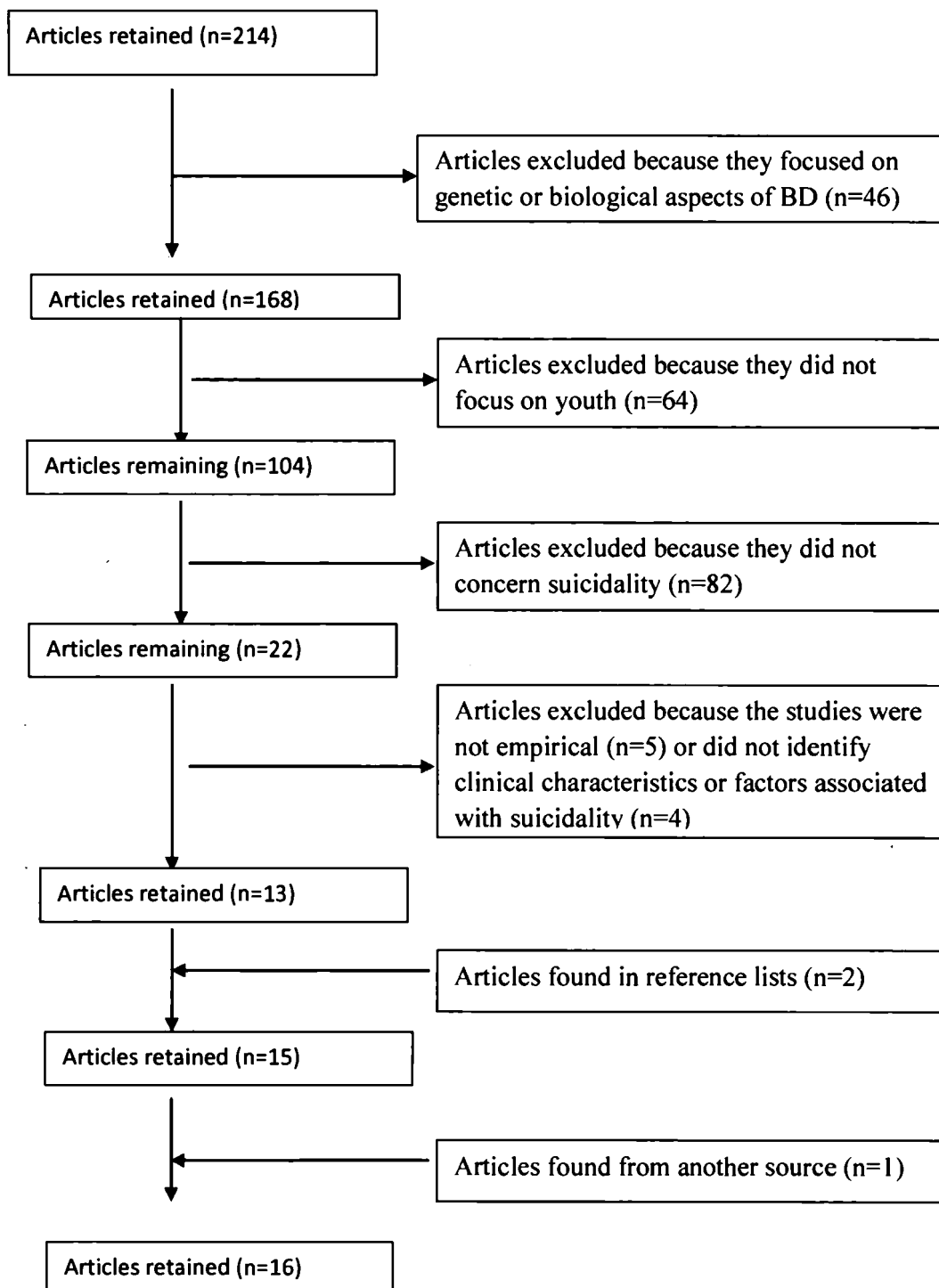


Table 2.1
Clinical studies of bipolar disorder and suicidality in youths

Study	Group (n)	Age	Suicidality rate and definition	Instruments of measure Suicidality	BP	Design/ Analyses	Results
Algorta et al. 2011 (USA)	BD-I (n=27) BD-II (n=18) BD-NOS (n=45) Cyclothymic disorder (n=48)	5-18	SA: 14%; SI: 46% *SA is defined as a self-injurious act that includes <i>some degree of seriousness</i> and lethality	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Cross-sectional ANOVA	Mixed features are associated with SI and SA. Family functioning and quality of life are associated with SA. Severe depression and female gender predict suicidality. <i>Mixed features is defined as the presence of subthreshold symptoms from both opposing pole of BD.</i>
Axelsson et al. 2006 (USA)	BD-I (n=255) BD-II (n=30) BD-NOS (n=153)	7-17	SA: 31%; SI: 76% *SA: a self-injurious act that includes <i>some degree of seriousness</i> and lethality	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Cross-sectional LR	BD-I, BD-II and BD-NOS do not differ where SI is concerned, but individuals with BD-I commit more SA than do those with BD-NOS.
Birmaher et al. 2009 (USA)	BD (n=173)	7-17	No data *SA: a self-injurious act that includes <i>some degree of seriousness</i> and lethality	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Cross-sectional ANOVA	BD adolescents commit more lethal SA than do BD children; higher rates in adolescent-onset than in childhood-onset BD.
Caetano et al. 2006 (USA)	BD (n=43)	8-17	SI: 63%; SP: 81%; TD: 81% No definition	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Cross-sectional Chi-squared T-test Mann-Whitney	Psychosis is associated with SI, SP and TD.

Table 2.1
Clinical studies of bipolar disorder and suicidality in youths (cont'd)

Study	Group (n)	Age	Suicidality rate and definition	Instruments of measure BP		Design/Analyses	Results
				Suicidality	BP		
Goldstein et al. (2007) (USA)	BD-I (n= 7) BD-II (n= 2) BD-NOS (n=1)	7-17	SA: 80% before the DBT is administered	MSSI K-SADS-DRS	K-SADS-DRS	T-test	Patients show from pre-to posttreatment of the DBT a significant improvement in suicidality.
Goldstein et al. 2008 (USA)	BD-I (n= 154) BD-II (n= 25)	12-17	SA: 39% *SA : a self-injurious act that includes <i>some degree of seriousness</i> and lethality	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Cross-sectional LR	Substance abuse disorder is a risk factor for SA among adolescents with BD.
Goldstein et al. 2012 (USA)	BD-I (n=244) BD-II (n= 28) BD-NOS (n=141)	7-17	SA: 18% *SA: a self-injurious act that includes <i>some degree of seriousness</i> and lethality	K-SADS-PL DSM-IV	Structured Clinical Interview DSM-IV	Longitudinal Interval Follow-up Evaluation	At intake, suicidality is associated with severity of MDE, family history of MDD, being a girl, past psychiatric hospitalization, SI, SA, non-suicidal self-harm behaviors, global functioning, manic symptoms and substance abuse. At follow-up, suicidality is associated with more weeks with depression, mixed mood symptoms, psychotic symptoms, substance abuse and panic disorder.

Table 2.1
Clinical studies of bipolar disorder and suicidality in youths (cont'd)

Study	Group (n)	Age	Suicidality rate and definition	Instruments of measure Suicidality	BP	Design/ Analyses	Results
Kochman et al. 2005 (France)	Time 1: MDD (n=109) Time 2: BD (n=35) among MDD (n=80)	7-17	No data No definition	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Prospective cohort Chi-squared Mann Whitney	Cyclothymia is associated with SI and SA.
Rende et al. 2007 (USA)	BD-I (n=255) BD-II (n=30) BD-NOS (n=153)	7-17	SA: 31%; SI: 67% No definition	K-SADS-PL DSM-IV	K-SADS-PL DSM-IV	Cross- sectional LR	Early-onset BD and adolescence predict SB.
Rucklidge 2006 (New Zealand)	BD (n=24) CG (n=39)	13- 17	No data; SI was defined as either seriously considered suicide or had made attempts to kill themselves.	K-SADS-PL DSM-IV	Medical report	Cross- sectional ANOVA MANOVA	Hopelessness, low self- esteem, external locus of control, and poor anger management predict SA.

ANOVA: Analysis of variance; BD: bipolar disorder; BD-I: bipolar-I disorder; BD-II: bipolar-II disorder; BD-NOS: bipolar disorder not otherwise specified; CG: control group; CS: completed suicide; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; ICD-9: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 9th Edition; K-SADS-PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version; K-SADS-DRS: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Depression Rating Scale; LR: linear regression; MANOVA: Multivariate analysis of variance; MDD: major depressive disorder; MDE: major depressive episode; MLR: multiple linear regression; MS: mixed state; OCD: obsessive-compulsive disorder; PD: panic disorder; SA: suicide attempts; SB: suicide behaviors; SCID: Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID-CV: Structured Clinical Interview for DSM Disorders-Clinician Version; SG: suicide gestures; SI: suicide ideations; SLR: simple linear regression; SP: suicidal planning; TD: thoughts of death.

Table 2.2
General population studies of bipolar disorder and suicidality in youths

Study	Group (n)	Age	Suicidality rate and definition	Instruments of measure Suicidality	BD	Design/ Analyses	Results
Bronisch et al., 2005 (Germany)	TP (n=3021) Mania (n=41) Hypomania (n=55)	14-24	SA: 16% SI: 34% No definition	M-CIDI DSM-IV	M-CIDI	Cohort Chi-squared	Association between mania/hypomania and SI/SA.
Lewinsohn et al., 2002 (USA)	TP (n=1709) BD (n=18) BS (n=54) MDD (n=294) No-MD (n=233)	Adolescents	SA: 44% No definition	K-SADS-PL DSM-IV DISC-IV CAPA CBCL CSI YMRS GBI HPS	K-SADS-PL DSM-IV	Cohort	First SA at younger age among individuals with BD than among those with MDD. Higher SA rate among individuals with BD. Age of onset influences SA.
Papolos et al., 2005 (USA)	BD (n=2479) (Recruited via a website)	12-17	ST: 15% No definition	CBQ	CBQ	Cross-sectional MLR	Hopelessness, social withdrawal, low self-esteem, stressful life events, anxiety, hallucinations, aggression, and impulsivity are associated with ST.

BD: bipolar disorder; BS: bipolar symptoms; CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment; CBCL: Child Behavior Checklist; CBQ: Child Bipolar Questionnaire; CSI: Child Symptom Inventory; DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children, 4th Edition; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; GBI: General Behavior Inventory; HPS: Hypomanic Personality Scale; K-SADS PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version; M-CIDI: Munich-Composite International Diagnostic Interview; MDD: major depressive disorder; MLR: multiple linear regression; No-MD: no mental disorder; SA: suicide attempt; SI: suicide ideation; ST: suicide threats; TP: total population; YMRS: Young Mania Rating Scale

Table 2.3
Risk and protective factors associated with suicidality in youths with bipolar disorder

Factors	Studies																		
	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20) (a) (male)	(20) (a) (up)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)		
Risk factors: age and gender																			
Adolescence	1SA			1SA						1SA		1SB			1SA				
Female gender	--SA	1SB															--SA		
Male gender	--SA			--SA													--SA		
Risk factors: clinical characteristics																			
SI	1SA		1SA							1SA									
SB	1SA									1SA									
Non-suicidal SIB										1SA									
Past psychiatric hospitalization										1SA									
BD-I	1SA	--SI			--SA					--SA				1SA					
Psychotic symptoms																			
	1SI		1SA		1SI					--SA							1ST		
	1SA				--SA														
Mixed states	1SA	--		1SA	1SI					--SA									
		1SA																	
Mixed features		1SI																	
Depressive episodes	1SA	1SB								1SA							1ST		
Manic episodes										1SA									
Global functioning	1SB									1SA					1SB				
Anxiety symptoms										--SA							1ST		
Manic disorder	1SB						1SI			--SA									
							--SA												
OCD							1SI												
							--SA												
Social phobia							--SA												
							1SI												
							--SA	1SA		1SA									
Substance abuse disorder	1SA																		

Table 2.3
Risk and protective factors associated with suicidality in youths with bipolar disorder (cont'd)

Factors	Studies																
	[11]	[12]	[13]	[14]	[15]	[16]	[17]	[18]	[19]	[20] (a female)	[20] (a follow-up)	[21]	[22]	[23]	[24]	[25]	[26]
Risk factors: psychological dimensions																	
Hopelessness														↑SA			↑ST
Lower self-esteem														↑SA			↑ST
Anger management														↑SA			
Aggressive/impulsive behaviors																	↑ST
External locus of control														↑SA			
Cyclothymia												↑SB					
Risk factors: family and social dimensions																	
Family history of SA										↑SA							
Family history of depression										↑SA							
Social withdrawal																	↑ST
Stressful life events										↔→SA							↑ST
Physical or sexual abuse								↑SA									
Poor family functioning																	↑SB
Poor quality of life																	↑SB
Protective factors																	
DBT																	↑SA

• Articles numbers appear as they are in the reference section.

• BD: bipolar disorder; BD-I: Bipolar Disorder type I; DBT: Dialectical behavior therapy; GF: Global functioning; Non-suicidal SIB: non-suicidal self-injurious behaviors; OCD: Obsessive-compulsive disorder; SA: suicide attempt; SB: suicide behaviors (SI + SA); SI: suicidal ideation; ST: suicide threats.

• ↑: factors that increased suicidal risk; ↓: factors that decreased suicidal risk; ↔: factors that have no association.

REFERENCES

- Algorta, G.P., Youngstrom, E.A., Frazier, T.W., Freeman, A.J., Youngstrom, J.K et Findling, R.L (2011). Suicidality in pediatric bipolar disorder predictor or outcomes of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disorder*, 13, 76-83.
- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). APA, Washington, DC.
- Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M.A., Gill, M.K., Valeri, S., Chiappetta, L., Ryan, N., Leonard, H., Hunt, J., Iyengar, S., Bridge, J., et Keller, M. (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63(10), 1139-1148.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.R et Hennen J (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorder*, 8, 625-639.
- Birmaher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M.K., Yang, M., Ryan, N., Goldstein, B., Esposito-Smythers, C., Lyengar, S., Goldstein, T., Chiappetta, L., Keller, M et Leonard, H. (2009). Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorder*, 11, 52-62.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Allan, M.J., Allman, C.J. et Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schwerts, J., Balach, L. et Baugher, M (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Breton, J.J., Tousignant, M., Bergeron, L. et Berthiaume, C. (2002). Informant-specific correlates of suicidal behavior in a community survey of 12- to 14-year-olds. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 723-730.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. et Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.

- Bronisch, T., Schwender, L., Höfler, M., Wittchen, H.U. et Lieb, R. (2005). Mania, hypomania, and suicidality: findings from a prospective community study. *The Archives of Suicide Research*, 9(3), 267-278.
- Caetano, S.C., Olivera, R.L, Hunter, K., Hatch, J.P., Najt, P., Bowden, C., Pliszka, S. et Soares, J.C. (2006). Association of psychosis with suicidality in pediatric bipolar I, II and bipolar NOS patients. *Journal of Affective Disorder*, 91(1), 33-37.
- Carter, T.D., Mundo, E., Parikh, S.V. et Kennedy, J.L. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 297-303.
- Consoli, A., Deniau, E., Huynh, C., Mazet, P. et Cohen, D. (2006). Traitement des troubles bipolaires de type I de l'enfant et de l'adolescent [Treatments in child and adolescent bipolar disorders]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, 217-227.
- Consoli, A., Deniau, E., Huynh, C., Puper, D. et Cohen, D. (2007). Treatments in child and adolescent bipolar disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 187-198.
- Daley, L.F., Townsend, S.W., Dysken, M.W. et Kuskowski, M.A. (2005). Recidivism in medication-noncompliant serious juvenile offenders with bipolar disorder, *J Clin Psychiatry*, 66 (4), 477-84.
- Dervic, K., Carballo, J.J., Baca-Gracia, E., Galfalvy, H., Mann, J.J., Brent, D-A. et Oquendo, M-A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (10), 1390-1396.
- Dilsaver, S.C., Akiskal, H.S., Akiskal, K.K. and Benazzi, F. (2006). Dose-response relationship between number of comorbid anxiety disorders in adolescent bipolar/unipolar disorders, and psychosis, suicidality, substance abuse and familiarity. *Journal of Affective Disorder*, 96(3), 249-258.
- Dilsaver, S.C., Benazzi, F., Rihmer, Z., Akiskal, K.K. et Akiskal, H.S. (2005). Gender, suicidality and bipolar mixed states in adolescents. *Journal of Affective Disorder*, 87(1), 11-16.
- Geller, B. et Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: review of the past ten years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent*, 36 (9), 1168-1176.

- Goldstein, T.R. (2009). Suicidality in Pediatric Bipolar Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 18(2), 339-352.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., et al. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*, 7(6), 525-535.
- Goldstein, T.R, Ha, W., Axelson, D., Goldstein, B.I, Liao, F., Gill, M.K., Ryan, N.D., Yen, S., Hunt, J., Hower, H., Keller, M., Strober, M., Birmaher, B. (2012). Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. Archives of General Psychiatry. Online first.
- Goldstein, T.R., Axelson, D., Birmaher, B. et Brent, D. (2007). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Goldstein, B.I, Strober, M.A., Birmaher, B., Axelson, D., Esposito-Smythers, C., Goldstein, T.R., Leonard, H., Hunt, J., Gill, M.K., Lyuengan, S., Grimm, C., Yang, M., Ryan, N.D. et Kelly, M.B. (2008). Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorder*. 10, 469-478.
- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J., Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *The Journal of the American Medical Association*, 290(11), 1467-1473.
- Hennen, J (2003). Statistical methods for longitudinal research on bipolar disorders. *Bipolar Disorder*. 5, 156-168.
- Jolin, E.M., Weller, E.B. et Weller, R.A. (2007) Suicide risk factors in children and adolescent with bipolar disorder. *Current Psychiatry Report*, 9, 122-128.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. et Ryan N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7): 980-988.
- Kochman, F.J, Hantouche, E.G., Ferrari, P., Lancrenon, S., Bayart, D. et Akiskal, H.S. (2005). Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*. 85(1-2), 181-189.

- Lewinsohn, P.M., Klein, D.N. et Seeley, J.R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 454-463.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Buckley, P.M. et Klein, D.N. (2002). Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11, 461-475.
- Oquendo, M. A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., et al. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 107-117.
- Papolos, D., Hennen, J., Cockerham, M.S. (2005). Factors associated with parent-reported suicide threats by children and adolescents with community-diagnosed bipolar disorder *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 267-275.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V., Oquendo, M.A., Currier, G.W., Melvin, G.A., Greenhill, L., Shen, S., et Mann, J.J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-77.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B. et Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043.
- Rende, R., Birmaher B. et Axelson, D. (2007). Childhood-onset bipolar disorder: evidence for increased familial loading of psychiatric illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (2), 197-204.
- Rucklidge, JJ (2006). Psychosocial functioning of adolescents with and without paediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*. 91(2-3), 181-188.
- Slama, F., Bellivier, F., Henry, C., Rousseva, A., Etain, B., Rouillon, F. et Leboyer, M. (2004). Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1035–1039.

- Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C., DeAntonio, M. (1995). Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (6), 724-31.
- Sondergard, L., Lopez A.G., Anderson P.K., Kessing L.V. (2008). Mood stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and the risk of suicide. *Bipolar Disorder*, 10, 87-94.
- Tondo L, Baldessarini R (2006). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry*. 61(suppl 9):97-104.
- Van Meter, A., Moreira, A.L et Youngstrom, E.A (2011). Meta-analysis of epidemiological studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1250-1256.
- Yang, B. et Clum, G.A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 30(3),183-198.

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

L'objectif de ce chapitre est de positionner les choix méthodologiques présentés dans le deuxième article. Celui-ci constitue une étude rétrospective de cas d'adultes diagnostiqués de trouble bipolaire et dont l'objectif est d'analyser les facteurs de protection et de risque susceptibles d'aider l'adolescent bipolaire à ne pas passer à l'acte suicidaire.

Cette partie vise donc à justifier la démarche qualitative utilisée dans le cadre de cette thèse, à décrire la méthodologie utilisée et à expliquer les critères de rigueur. Pour atteindre cet objectif, les chercheurs ont utilisé le guide de réalisation relatif à une étude de cas de (Gagnon, 2008). Ce guide identifie 6 étapes à suivre dans la réalisation d'une étude de cas ayant trait à la rigueur méthodologique. Ces étapes sont présentées dans ce chapitre.

3.1 La pertinence de la recherche (Étape 1)

Cette étude adopte une approche post-positiviste. Les post-positivistes reconnaissent l'existence d'une réalité objective imparfaitement appréhendable et admettent la difficulté de saisir la réalité dans sa globalité (Lincoln et Guba, 2000). Ainsi, la recherche qualitative correspond à un moyen de comprendre et d'identifier le plus possible cette réalité. L'objectif du chercheur est de s'approcher au plus près d'une réalité en multipliant les méthodes et en essayant de contrôler le plus précisément possible les conditions de la recherche afin de tendre au maximum vers cette réalité

objective (Ponterotto, 2005). Nous utilisons une méthode inductive et interprétative nous permettant de mieux comprendre les conduites suicidaires à partir de plusieurs cas se rapportant aux participants souffrant d'un trouble bipolaire diagnostiqué à l'adolescence. Par conséquent, d'un point de vue interprétatif, l'objectif de cette étude est de répondre aux quatre questions citées à l'étape 3.

À la suite d'une recension des écrits des dix dernières années (2002-2012) portant sur le trouble bipolaire et les conduites suicidaires chez les jeunes, la candidate a constaté que les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez des adolescents souffrant d'un trouble bipolaire peuvent être regroupés en quatre catégories : démographique, clinique, psychologique et familiale/sociale. De plus, très peu de facteurs de protection ont été étudiés dans cette population avec cependant pour seule exception les effets positifs de la thérapie comportementale dialectique. La problématique est de nature exploratoire car si les résultats se rapportant aux facteurs de risque peuvent être cernés, nous n'avons que très peu d'informations préalables quant aux facteurs de protection.

La stratégie méthodologique utilisée pour cette recherche est donc l'étude de cas. Celle-ci permet de comprendre en profondeur des phénomènes dans leur contexte (Gagnon, 2008). Cette méthode de recherche, nous l'avons dit, s'avère particulièrement pertinente dans les situations où l'on veut cerner les "comment" et les "pourquoi" des phénomènes auxquels on s'intéresse (Collerette, 1997). L'objectif général de cet article est d'identifier les facteurs de protection susceptibles d'aider les adolescents souffrant de trouble bipolaire à ne pas faire de tentative de suicide.

3.2 La véracité des résultats (Étape 2)

3.2.1. La fiabilité interne

L'objectif de la fiabilité interne est de s'assurer au maximum que d'autres chercheurs utilisant des données identiques arriveraient aux mêmes conclusions, objectif ambitieux dans une recherche post-positiviste. Toutefois, nous avons cherché à faire en sorte que cette recherche ne soit pas la conclusion d'une seule personne et avons tenté d'atteindre une certaine fiabilité interne. Afin d'assurer celle-ci, nous avons, dans un premier temps, utilisé des descripteurs précis. D'une part, nous nous sommes servis du mot à mot pour rapporter les verbatim des entrevues enregistrées au format audio. D'autre part, l'utilisation de reformulations durant les entretiens a permis de valider notre compréhension auprès des participants. Les données brutes sont accessibles et se présentent sous trois formes : les enregistrements sonores des entrevues, leur retranscription, le journal de bord de la candidate comprenant les réflexions obtenues au cours du processus de recherche (durant les entrevues ou lors de l'écoute des enregistrements).

Le processus interprétatif du chercheur joue un rôle primordial ; c'est lui, en effet, qui donne un sens aux informations collectées et met en lumière ses présupposés et ses biais. Afin de consolider ce travail d'interprétation et de réflexion, celui-ci, a fait l'objet d'une collaboration soutenue tout au long du processus de recherche entre la chercheuse principale et d'autres chercheurs. Quatre étapes ont été ainsi réalisées. En premier lieu, trois des chercheurs (Natacha HALFON, le Professeur Réal LABELLE, le Professeur David COHEN) ont produit la grille de recherche. En second lieu, la candidate (Natacha HALFON) a mené les entrevues et a conduit l'analyse des données brutes. Troisièmement, l'analyse des données intermédiaires a été effectuée par deux chercheurs (Natacha HALFON, le Professeur Réal LABELLE) et a fait l'objet d'un accord-interjuge pour deux cas (Alice et Benoît). Le score inter-juge a été

calculé à partir de la formule de Miles et Huberman (2003): Nombre d'accords/Nombre total d'accords + désaccords. La fiabilité interjuge pour la cotation des variables est très bonne puisqu'elle est de 97 % pour le premier patient et de 99% pour le deuxième. Selon Miles et Huberman (2003), l'accord interjuge doit être supérieur à 70 % pour être considéré comme fiable. Enfin, l'analyse finale des interprétations a été menée par les trois chercheurs (Natacha HALFON, le Professeur Réal LABELLE, le Professeur David COHEN).

De même, afin de confirmer les données recueillies, la méthode de la triangulation a été utilisée. Ainsi, en plus de l'entrevue et des notes réflexives, les dossiers hospitaliers des participants ont été étudiés.

3.2.2. La fiabilité externe

La fiabilité externe vise à s'assurer, au maximum, que d'autres chercheurs utilisant les mêmes données obtiendraient des résultats semblables dans un milieu similaires. Ce concept ne peut pas être totalement appliqué dans une recherche post-positiviste. Cependant, nous nous sommes efforcés d'obtenir une relative fiabilité externe en répondant à certains critères. Nous avons, notamment, cherché à établir la position de la candidate, à décrire le processus de sélection des informants.

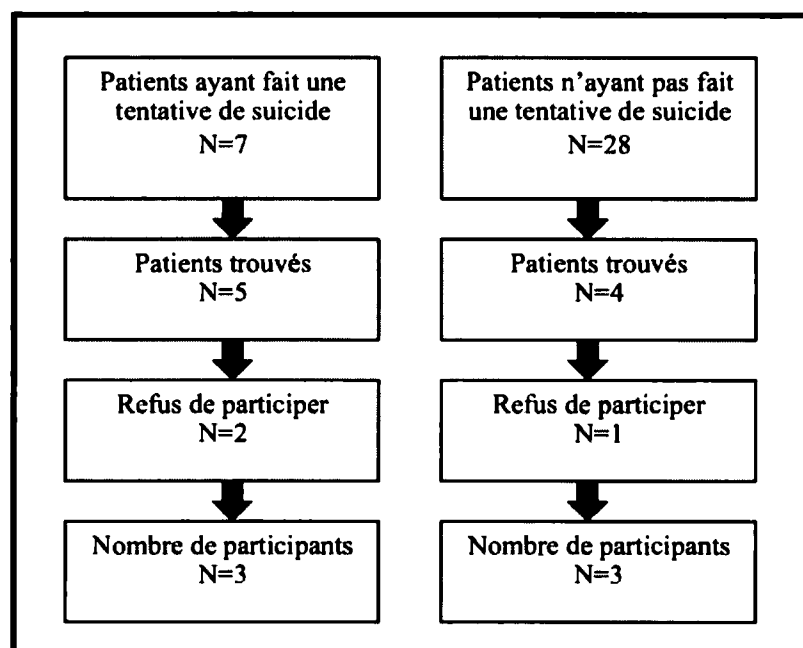
La chercheuse principale a l'habitude d'effectuer des entrevues qui ont trait, notamment, aux éléments perturbateurs de la vie de patients. Ainsi, il est possible que cet aspect ait constitué un biais dans la recherche de facteurs de risque versus facteurs de protection. Par ailleurs, la chercheuse s'attend à observer un plus grand nombre de facteurs de risque que de facteurs de protection chez les patients ayant fait une tentative de suicide. Cette position a pu influencer l'entretien et même l'analyse.

Dans le cadre de cette recherche, les participants n'ont été vus qu'une seule fois; il est donc possible que ces derniers aient cherché à donner une bonne image d'eux-mêmes. Ainsi, la désirabilité sociale a pu constituer un biais à la recherche. Toutefois, la participation était volontaire et les participants semblaient avoir une réelle envie de partager leur vécu avec nous. La relation établie avec les participants était une relation professionnelle, de confiance et d'écoute. Lors de l'entrevue, la chercheuse a pu observer les comportements des participants.

Il est important de préciser, que pour la majorité des participants, l'entrevue s'est effectuée au sein du service du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière (SPEA-CHUPS), celui-ci même où les participants ont été hospitalisés quelques années plus tôt. Ainsi, revenir sur ce lieu a pu être une étape difficile pour les intéressés et donc avoir pu influencer l'entretien.

Par ailleurs, les participants ont été recrutés à partir d'une liste de patients qui ont été hospitalisés à la SPEA-CHUPS durant leur adolescence et qui ont déjà fait l'objet d'une recherche réalisée par le Professeur David Cohen et son équipe. Ainsi, parmi les 35 participants dont le diagnostic de trouble bipolaire a été confirmé une dizaine d'années plus tard (Cohen et al. 2009), nous en avons sélectionné six. Le processus de sélection des participants est présenté ci-dessous (voir figure 3.1).

Figure 3.1
Processus de sélection des participants



Pour rentrer en contact avec les participants, nous avons utilisé les stratégies suivantes : premièrement, les coordonnées figurant dans leur dossier hospitalier ont été relevées. Deuxièmement, lorsque le numéro de téléphone était toujours valable, nous avons conduit une entrevue téléphonique à l'aide d'un canevas préétabli. A défaut, nous avons effectué une recherche dans les pages jaunes ou essayé de contacter, si leur numéro figurait dans le dossier hospitalier, les parents des patients. Une fois le contact pris, nous avons conduit une entrevue téléphonique à l'aide du canevas. Troisièmement, si la personne sollicitée acceptait de participer à la recherche, un rendez-vous était programmé et une compensation pécuniaire de 40 euros lui était remise lors de celui-ci.

Parmi les 35 participants qui ont participé à l'étude de Cohen et al., (2009), nous avons réussi à retrouver 9 participants (5 personnes ayant fait une tentative de suicide avant 21 ans et 4 autres qui n'en n'avait pas fait) (voir la figure 3.1). Les numéros et les adresses indiqués dans les dossiers hospitaliers étaient ceux des parents. Dans la plupart des cas, les numéros précisés n'étaient plus attribués et les noms des patients ne figuraient pas dans les pages jaunes. Il est important de noter que les recherches se sont concentrées sur les pages jaunes de l'Ile de France. Par ailleurs, les femmes en France prennent, en général, en se mariant le nom de famille de leur conjoint. Ne connaissant que le nom de jeune fille des patientes, il nous a été pratiquement impossible de les retrouver. Par contre, lorsque les jeunes patients avaient fait une tentative de suicide, il était plus facile d'obtenir leurs coordonnées car, pour la plupart d'entre-eux, la ré-hospitalisation avait entraîné la ré-actualisation de leurs dossiers. Parmi les 9 participants, 3 ont refusé de participer à l'étude, l'un pour des raisons de temps et de disponibilité, les deux autres ont admis que le sujet était pour eux trop douloureux et qu'ils préféraient ne plus en parler.

Tous les participants ont été entendus dans une salle de la Pitié-Salpêtrière à l'exception d'un patient pour qui un déplacement chez lui était préférable. Le bureau était calme. Une fois, cependant, les cris d'un enfant avaient troublé l'entrevue en cours. J'ai alors proposé à la participante de faire une pause mais cette dernière m'a affirmé que ces cris ne la dérangent pas et que l'entretien pouvait se poursuivre. Les dossiers permettaient d'avoir une vision de la situation des patients durant leur hospitalisation mais ils étaient quelque peu difficiles à déchiffrer ; les notes étant parfois incomplètes. Il est intéressant de noter que, dans certains cas, les informations transmises par les patients au cours de l'entretien différaient de celles figurant dans leur dossier.

3.2.3. La validité interne

La validité interne permet de s'assurer que les résultats obtenus reflètent bien la réalité et qu'il ne sont pas provoqués par un biais ou est le fruit du hasard. Il est important de souligner les éventuels biais et de montrer comment nous avons cherché à les contourner. Lors des entretiens, il est possible que les participants aient modifié leur comportement ainsi que leur discours pensant être évalués ou jugés. De plus, notre statut de chercheuse principale a pu influencer les participants ; certains cherchant à me faire plaisir ou à se montrer sous leur meilleur jour. Il convient de ne pas oublier, non plus, que les entretiens étant enregistrés, les participants ne se sont peut-être pas exprimés librement. Pour faire face à ce biais, nous avons eu recours à plusieurs sources d'information permettant de corroborer les données recueillies. De plus, nous avons, avant l'entretien, expliqué aux participants que le but de cette étude n'était pas de les juger mais, au contraire, de comprendre leur vécu et qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les participants ont éprouvé, dans un premier temps, une certaine gêne à se livrer. Mais après une quinzaine de minutes d'entretien, l'atmosphère se détendait et les participants, se sentant en confiance, oubliaient l'enregistrement et nous racontaient leur histoire, leur vécu. Toutefois, il faut noter probablement un biais associé à la sélection des participants puisque deux patients ont préféré ne pas participer à l'étude afin de ne plus évoquer des événements trop douloureux.

Le patient devait être émotionnellement stable lors des entretiens. Aussi, pour qu'il n'y ait aucune ambiguïté et empêcher que l'entretien ne soit biaisé par l'humeur des participants, ces derniers devaient remplir l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II) afin d'évaluer la symptomatologie dépressive et le Young Mania Rating Scale (YMRS) pour apprécier les symptômes maniaques. Certains seuils ont été établis pour le BDI-II, selon la sévérité du trouble : aucune dépression (0 à 13), dépression légère (14 à 19), dépression modérée (20 à 28), et dépression sévère (29 à 63). Afin de

départager les patients en phase dépressive de ceux en phase euthymie, un seuil a été fixé à ≤ 19 (Beck et al., 1988). Concernant le YMRS pour évaluer la phase maniaque, le seuil a été fixé à ≤ 16 . L'étude Youngstrom et al. (2003) montre que ce seuil est un indicateur permettant d'identifier les sujets ayant un trouble appartenant au spectre maniaque.

Il est important de rappeler que cette étude est rétrospective ; le regard que les patients portent aujourd'hui sur leur adolescence est différent que celui qu'ils auraient eu si nous les avions interrogé de manière prospective. En effet, il y a un long processus de maturation psychologique entre l'hospitalisation à l'adolescence et l'entretien réalisé pour cette étude. Le patient est amené à faire le deuil de son état de santé antérieur pour que « l'appropriation » de son trouble soit faite par lui. Ce processus se déroule, généralement, en plusieurs étapes selon le modèle d'Elizabeth Kübler-Ross (1976) : 1) Le choc initial est un processus de sidération, véritable "scotome auditif", "surdité émotionnelle" ; 2) Le déni est une réaction d'incrédulité, un mécanisme de défense, en partie inconscient, qui consiste à refouler une réalité insupportable, trop menaçante pour l'équilibre psychique ; 3) La révolte : le patient prend conscience de la réalité de l'affection, il peut avoir une réaction agressive, un sentiment de culpabilité, d'injustice ("punition"), une dépression peut survenir ; 4) La négociation réveille des sentiments contradictoires et se traduit par des tentatives de marchandage quant au traitement à suivre ; refus d'une partie du traitement ou surcompensation ; 5) La réflexion, le retour sur soi, l'accommodation représentent un compromis entre ce qui aurait pu être et ce qui est ; et 6) L'acceptation active. La personne assume, intègre la maladie chronique dans sa vie quotidienne ; Elle reconnaît que le trouble implique des contraintes et prend conscience qu'il comporte des risques ; le trouble est enfin accepté (ou "supporté"). Le patient a une nouvelle image de lui associant son trouble chronique à sa personne. L'idée d'une vie sans celui-ci est alors abandonnée. Le dépassement de l'épreuve permet la construction d'un avenir avec le trouble, d'un "projet de vie". Cependant, le souvenir des

événements passé est lui même altéré par un biais de rappel pouvant s'expliquer par le temps écoulé et par les événements ayant pu affecter depuis la vie du patient. Dans certains cas, la non-acceptation du trouble transforme le patient en "malade clandestin", c'est-à-dire niant totalement son trouble. Toutefois, il est important de rappeler que la méthode suivie dans cette recherche repose sur l'identification des facteurs de protection et des facteurs de risque des participants selon leur propre perception.

3.2.4. La validité externe

La validité externe fait référence à la possibilité de généraliser les résultats. Afin d'obtenir la meilleure validité externe dans le cadre de cette recherche, il est important de contrôler l'effet de la particularité des sites d'étude. Les participants sont des personnes qui ont été hospitalisées au centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière pour un trouble bipolaire durant leur adolescence et, donc, ne présente pas un caractère idiosyncrasique. En effet, il s'agit de cas reproductibles dans le temps.

3.2.5. La validité de construit

Afin de respecter la validité de construit, la candidate s'est appliquée à sélectionner des cas pertinents liés aux objectifs de recherche. Le travail fait avec les verbatim des entretiens, les dossiers et les notes réflexives entre la candidate et son directeur de recherche ont permis de choisir des indices de mesure appropriés. L'utilisation de la triangulation, soit le recours à plusieurs sources de données a été indispensable dans ce contexte. Nous avons, par ailleurs, fait appel à toutes sortes d'informations, notamment, lectures appropriées, avis auprès d'autres chercheurs, participation à des congrès.

3.2.6. Réflexivité

Dans la plupart des approches qualitatives, il est bien établi que le chercheur joue un rôle clé dans le processus. Contrairement aux recherches quantitatives, la valeur d'une recherche qualitative repose sur la capacité d'introspection du chercheur et, en particulier, sa capacité à identifier ses propres zones de subjectivité. Par conséquent, il est important que le chercheur entreprenne une démarche de réflexivité, lui permettant d'identifier, autant que possible, ses propres présupposés et ses propres valeurs.

Dans ce travail, la chercheuse s'est efforcée de reconnaître ses préconceptions à l'égard du phénomène étudié. Elle a mis sur papier ses présuppositions au fur et à mesure du processus de recherche dans les notes réflexives qui ont été ensuite examinées et parfois incorporées à l'analyse. Par exemple, la chercheuse principale a pu influencer les résultats de la façon suivante : ayant l'habitude d'effectuer des entrevues qui ont trait, notamment, aux éléments perturbateurs de la vie de patients, elle a pu avoir tendance à plus facilement mettre en évidence les facteurs de risque. Elle a pu également s'attendre à identifier un nombre supérieur de facteurs de risque dans la population des patients ayant fait une tentative de suicide par rapport à celle n'ayant pas fait de tentative de suicide. Cette position a pu influencer l'entretien et même l'analyse (Lincoln & Guba, 2000).

La candidate admet que la nature du contact établi avec le participant ait pu altérer l'interprétation de l'entretien. Toutefois, la collaboration entre les chercheurs et le travail de triangulation a permis de bonifier le travail de recherche et d'arriver à un consensus dans l'interprétation des résultats. De plus, notre recherche se base sur le présupposé suivant : les facteurs que l'on retrouve seulement chez les participants ayant fait une tentative de suicide seraient, de préférence, les facteurs de risque pouvant expliquer l'apparition du passage à l'acte. Nous notons toutefois des limites à

ce postulat puisque il est possible que des facteurs n'apparaissent pas parmi les trois cas (avec TS) ou au contraire qu'ils aient été identifiés par « hasard » sans qu'ils ne soient réellement associés à un risque suicidaire. Il est également possible que certains facteurs de risque communs aux deux populations puissent soit du fait de leur sévérité soit du fait de la combinaison entre facteurs, jouer un rôle. Enfin, le même raisonnement a été appliqué aux facteurs de protection chez les participants n'ayant pas fait de tentative de suicide.

3.3 Les questions et devis de recherche (Étape 3)

Cette étude exploratoire vise à répondre à quatre questions. En se basant toujours sur la perception du participant :

- a. Quels sont les facteurs de protection communs entre ceux qui ont fait une tentative de suicide et ceux qui n'en ont pas fait ?
- b. Quels sont les facteurs de risque communs entre ceux qui ont fait une tentative de suicide et ceux qui n'en ont pas fait ? Parmi les patients qui n'ont pas fait de tentative de suicide, quels étaient les facteurs de protection qui les ont aidés à ne pas faire de tentative de suicide ?
- c. Quels sont les facteurs de protection spécifiques à ceux qui ont fait une tentative de suicide ?
- d. Quels sont les facteurs de risque spécifiques à ceux qui ont fait une tentative de suicide ?

Comme illustré au tableau 3.1, il s'agit d'une étude de cas multiples avec deux niveaux d'analyse imbriqués (la présence ou l'absence de tentative de suicide et les facteurs de risque et de protection) (Contandriopulos, Champagne, Potvin, Denise et Boyte, 1990). Les sources de la collecte des données sont les entretiens, les dossiers hospitaliers et les notes réflexives. L'échantillon est composé de six participants : trois participants adultes ayant été diagnostiqués bipolaires à l'adolescence et ayant

fait une tentative de suicide avant l'âge de 21 ans et trois autres participants adultes ayant aussi été diagnostiqués de bipolaires à l'adolescence mais n'ayant pas fait de tentative de suicide au cours de cette même période. Tous les participants ont été hospitalisés durant leur adolescence au centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA-CHUPS).

Tableau 3.1
Étude de cas à deux niveaux d'analyse imbriqués

Niveau 1	Niveau 2
Tentative de suicide	Facteurs de risque
Sans tentative de suicide	Facteurs de protection

Cette étude s'inscrit dans le prolongement d'un premier travail réalisé en 2005-2006 par le SPEA-CHUPS visant à décrire la phénoménologie des épisodes maniaques et mixtes de l'adolescent bipolaire et son devenir à l'âge adulte. Les participants ont été recrutés à partir d'une base de données de patients hospitalisés durant leur adolescence à la SPEA-CHUPS entre 1993 à 2003 et dont le diagnostic a été vérifié et confirmé entre 2005 et 2006 (Brunelle et al., 2008; Cohen et al., 2009).

3.4 Le recrutement des participants (Étape 4)

Afin d'acquérir une bonne connaissance de la dynamique du milieu, nous avons réalisé des stages d'une durée d'environ deux ans au centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière dans le service de psychiatrie adulte. Cette expérience nous a permis d'acquérir une bonne connaissance du fonctionnement de l'hôpital et de nous imprégner de son environnement. De plus, dans la mesure où il s'agissait d'une étude qui s'inscrivait dans le prolongement d'un premier travail réalisé par le Professeur

David COHEN, chef de service, la confiance des participants à notre égard était plus grande. Il est important de mentionner qu'il n'existait aucune relation professionnelle entre la candidate et les participants. Ces derniers habitaient, pour la plupart, en région parisienne. Les participants ont été recrutés à partir d'une liste de patients hospitalisés à la SPEA-CHUPS durant leur adolescence..

Le nombre de cas ayant participé à l'étude est de six personnes, diagnostiquées bipolaires et confirmées une dizaine d'années plus tard (Cohen et al. 2009). Ce nombre de participants est conforme aux lignes directrices de Smith et Osborn (2003).

Les documents attestant l'approbation de ce projet par les comités d'éthique et scientifique de l'hôpital, ainsi que les formulaires de consentement utilisés sont présentés en Appendices D et E.

3.5 La collecte des données (Étape 5)

Avant de commencer la collecte des données, nous nous sommes fait connaître dans le département en créant des contacts, en nous familiarisant avec le personnel soignant en gagnant leur confiance tout en apprenant le fonctionnement du service. À cet effet, j'ai assisté aux synthèses des unités du service de pédopsychiatrie. L'aide de l'équipe du département a été cruciale pour nous, notamment, dans la recherche des dossiers et la mise à disposition des bureaux.

Lors d'une recherche par étude de cas, il est important de respecter une triangulation des données. En d'autres termes, il convient de recourir à plusieurs sources d'information afin de s'assurer que la couverture de l'objet de l'étude porte sur tous les angles (Wilig., 2001). Dans le cadre de cette recherche, la collecte des données

s'est effectuée à l'aide de trois méthodes : l'entrevue, le dossier hospitalier et les notes réflexives.

L'entrevue. Une entrevue semi-structurée est réalisée, dans un premier temps, auprès des participants. Cette entrevue est menée par la candidate, chercheuse principale doctorante en psychologie clinique. Pour faire une analyse phénoménologique interprétative, l'entrevue semi-structurée était la méthode la plus pertinente en permettant de cibler des thèmes sans se restreindre aux questions fermées. Cette analyse est puissante car elle détaille comment le participant perçoit son monde interne (Smith et Osborn, 2003).

Pour réaliser ces entrevues, une grille d'entretien est mise au point (voir la grille d'entrevue à l'Appendice F). Cette grille s'inspire des recommandations de Smith et Osborn (2003). Les participants sont invités à discuter librement des thèmes proposés. Des questions plus spécifiques sont ensuite posées. L'entretien est divisé en trois parties : 1) la description de la tentative de suicide, 2) les facteurs de risque, 3) les facteurs de protection. Un entretien pilote avec un adolescent a été conduit dans le but de s'assurer que les questions étaient compréhensibles. Le verbatim de chaque entrevue a été reproduit via un logiciel word et un numéro a été attribué à chacun des participants dans le but de préserver son anonymat.

Les dossiers hospitaliers. Ces derniers sont étudiés une fois les entretiens terminés. Afin d'extraire et de traiter l'information contenue dans les dossiers hospitaliers, une grille d'observation a été mise au point. L'objectif était de restituer les éléments par rapport aux objectifs de la recherche. Cette grille se compose de l'histoire psychiatrique du patient, dont ses comportements suicidaires et l'identification des facteurs de risque et des facteurs de protection. Tout élément pertinent dans les dossiers était ajouté au matériel obtenu en entrevue. Il s'agit de recueillir le maximum d'informations concernant les facteurs de risque et de protection associés aux

conduites suicidaires chez les jeunes bipolaires dont le but est de nous aider à obtenir une meilleure compréhension de leur vécu.

Les notes réflexives. L'élaboration de notes réflexives est présente tout au long du processus de recherche. Dans un premier temps, des fiches réflexives sont remplies après chaque entretien (voir la grille d'observation des entrevues à l'Appendice I). Dans un second temps, des idées sont mises sur papier lors de la retranscription, de la lecture des verbatim et de la codification. Ces notes permettent de documenter le processus de réflexion de la candidate, elles peuvent prendre la forme d'interprétation ou d'hypothèses quant au contenu du discours des participants.

Avant de commencer l'entretien, l'objectif du travail et les clauses de confidentialité sont systématiquement présentés. Les lettres de consentement éclairé sont lues et signées par les participants (voir la lettre de consentement éclairé à l'Appendice E). Tous les entretiens sont enregistrés sur bandes magnétiques et retranscrits intégralement.

3.6 Le traitement des données (Étape 6)

Le phénomène étudié est ici appréhendé en utilisant une démarche d'analyse phénoménologique interprétative qui, non seulement, s'intéresse à la manière dont les participants donnent un sens à leur expérience mais, aussi, laisse place à l'interprétation de la chercheuse. Celui-ci vise à comprendre et à interpréter la manière dont les participants arrivent à construire un sens à leur expérience.

Les lignes directrices observées par Smith and Osborn (2003) pour mener une analyse phénoménologique interprétative ont été suivies. De plus, pour analyser notre matériel qui a trait aux entretiens, nous avons eu recours à la méthode d'analyse de contenu. Smith et Osborn (2003) mettent en avant quatre principales phases dans l'analyse phénoménologique interprétative. Dans un premier temps, la candidate fait

une lecture flottante, c'est-à-dire procède à la lecture des entretiens pour dégager une idée d'ensemble. Afin de s'imprégner des données du corpus, les entretiens sont lus à plusieurs reprises. Dans un deuxième temps, une stratégie de codification mixte est utilisée pour définir les thèmes. Certains thèmes sont définis au préalable tandis que d'autres nouvelles données émergentes sont recueillies. Il s'agit d'identifier, de manière systématique, les thèmes qui se dégagent du corpus pour ensuite les analyser afin de construire une grille de codification. Celle-ci évolue en fonction du niveau d'immersion du chercheur dans les transcriptions des entretiens et dans son analyse. Nous ne retiendrons que les thèmes ayant un lien avec nos questions de recherche. Les unités de sens sont codifiées à l'aide du logiciel HyperResearch Version 3.0.3 (2011). Celui-ci permet de faciliter le processus de codification et d'analyse. Dans un troisième temps, les différents thèmes sont reliés dans le but de créer des catégories visant à rendre compte l'expérience des interviewés. Ce travail a été effectué, dans un premier temps, pour les trois patients ayant fait une tentative de suicide. Cette démarche a permis de faire ressortir une liste de thèmes descriptifs. Une fois cette liste obtenue, les dossiers de ces trois patients ont été étudiés afin de voir si des thèmes complémentaires pouvaient être rajoutés. Nous avons, par la suite, cherché à regrouper ces thèmes dans des catégories plus larges afin de faire ressortir les thèmes centraux.

Le même travail a été effectué pour les trois patients n'ayant pas fait de tentative de suicide. Les thèmes ont été, par la suite, nuancés par les notes réflexives obtenues au cours du processus de recherche. Ce travail nous a permis d'obtenir des thèmes spécifiques pour les patients ayant fait une tentative de suicide et d'autres pour les patients n'ayant pas fait de tentative de suicide. Finalement, tous les thèmes identifiés dans les entretiens seront regroupés afin de finaliser la grille de codage (Smith et Osborn, 2003; Smith et al., 2009).

Selon la démarche d'analyse des résultats, le premier niveau d'analyse est la présence ou l'absence de tentative de suicide et le deuxième niveau d'analyse est la présence de facteur de protection et de risque. Ces résultats seront présentés selon la présence ou l'absence d'une tentative de suicide chez les jeunes présentant des troubles bipolaires en mettant en évidence ceux des facteurs de protection et de risque qui sont soit communs aux deux populations soit spécifiques à chacune des deux populations.

CHAPITRE IV

ÉTUDE RETROSPECTIVE DE CAS (ARTICLE 2)

Running head: SUICIDAL BEHAVIORS AND BIPOLAR DISORDER DURING
YOUTH

Protective Factors associated with Suicidal Behaviors among Youth with Bipolar
Disorder: a Retrospective Multiple Cases Study

Halfon, Natacha, M.A (Psy). ^{1, 4, 5, 7}, Labelle, Réal, M.Ps., Ph.D. ^{1, 2, 4, 5, 7}
Cohen, David, M.D., Ph.D. ^{3, 7, 8}, Brunelle, Julie, M.D ⁸, Consoli, Angèle, M.D. ^{6, 8}.

¹ Université du Québec à Montréal, Département de psychologie

² Université de Montréal, Département de psychiatrie

³ Université Pierre et Marie Curie, Département de psychiatrie

⁴ Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie

⁵ Centre de recherche Fernand-Seguin

⁶ CNRS UMR 7222, Institut des Systèmes Intelligents et de Robotiques, Université
Pierre-et-Marie-Curie

⁷ Hôpital Rivière-des-Prairies, Clinique des troubles de l'humeur et Service de
recherche

⁸ Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Groupe Hospitalier Pitié-
Salpêtrière ⁹ Centre de consultation et de cure ambulatoire

4.1 Introduction

4.1.1 Background

Bipolar disorder (BD) is characterized by periods of elevated or irritable mood alternating or coexisting with periods of deep and profound depression but also periods of euthymic mood. An epidemiological study reported a prevalence of 1% for all forms of adolescent bipolar disorders (Lewinsohn et al., 1995). A study shows that approximately 28% of adults suffering from a BD and 66% before the age of 18 years old report symptom onset before 13 years of age (Perlis et al., 2004). Youths with a BD have a high risk of suicidality with rates ranging from 14 to 50% (Halfon et al., 2013). Despite the elevated suicide risk in this population, little research to date has been conducted on suicidality and BD in children and adolescents.

In order to better understand this phenomena, researchers conducted a descriptive review of scientific articles on suicidal behaviors in children and adolescents with BD, to identify risk and protective factors (Halfon et al., 2013). Risk factors against suicidal behaviors in youths with BD include four primary categories: demographic, clinical, psychological, and family/social. Youths with BD who experienced more complex symptomatic profiles are at greater risk of suicidality. One protective factor was found in this descriptive literature review: the positive effects of Dialectical Behavior Therapy (Halfon et al., 2013).

Since only one protective factor was identified in the literature review focusing on adolescent with BD, we decided to look for protective factors of suicidal behaviors in scientific writing concerning depressive adolescents. Breton et al., (2013) demonstrated that protective factors such as coping, reasons of living and spirituality, moderate impact of stress on depression and suicidal behaviors. Protective factors identified by Pronovost et al. (2003) are coping, self-control, self-esteem and social support. Comparing those four factors, this team shows that coping is among the best

protective factor against suicide attempts. Moreover, Consoli et al., (2013) studied a population of in-patients who attempted suicide at six months follow up. The authors identified only one protective factor that emerged from the *Adolescent coping scale* (Frydnberg et Lewis, 1993): Hard work and achievement.

Otherwise, some studies show that adolescents having not committed a suicide attempt have more reasons of living than adolescents with suicidal behaviour. Malone et al. (2000) made a research on reasons of living among 84 hospitalised adolescents (45 depressive adolescents who committed a suicide attempt and 39 depressive adolescents who did not commit a suicide attempt). Gutierrez et al. (2000)'s study has shown that reasons of living most cited by adolescents who did not commit suicide are family relationships, optimism about the future and fear of disapproval.

In addition, during adolescence, life habits play a major impact on health. The authors argue that the absence of alcohol or drug use reduce suicidal behavior among vulnerable adolescents (King et al., 2001) and a recent study (Goldstein et al. 2008) indicates that good sleep hygiene is a good protective factor against suicidal behaviour. Moreover, achieving physical activities regularly is a protective factor; adolescents who play sports regularly are less likely to develop suicidal plan (Brosnahan et al., 2004) than young sedentary. Within the family dimension, protective factors against suicidal behaviors include positive attachment to a parent, warm family relationships, and the presence of an adult with a model of reference as well as a sense of belonging to the family. The presence of a social support (family or friends), the engagement within a community as well as positive experiences at school are related to the protection from suicidal behaviors (Hunneau et al., 2005). In addition, according to the study by Blum et al. (2003), adolescents having a good relationship with their school community and who attend religious services are less likely to commit suicide attempts and have suicidal ideation. According to the developmental-transactional model of youth suicidal behaviors of Bridge et al.,

(2006), suicidal behaviors arise through an interaction of risk factors (mood dysfunction, impulsive aggression, parental risk factors, neurotic traits, anxiety, cognitive distortions and acute stressors. They also identified protective factors that may reduce the likelihood of a suicidal behaviors such as a positive parent–child connection, a positive school–child connection or religious and cultural beliefs (Bridge et al., 2006).

After acquiring a scientific perspective, researchers decided to also go to the field to directly hear live experiences from individuals. The main goal of this paper is to identify protective factors against suicidality among youth with BD. However, to have a good understanding of the dynamic, which may lead BP adolescents to suicide behaviors, we need to understand not only protective factors but also risk factors in this population.

4.1.2 Study goal

In this paper, our general goal is to characterize the link between BD and suicide behaviors in youth with BD and understand how a youth with BD can be prevented from committing a suicide attempt. In order to address this issue, protective factors but also risk factors were studied. Consequently, we have two specific goals:

- Identify protective factors in youths with BD who either commit a suicide attempt or not.
- Identify risk factors in youths with BD who either commit a suicide attempt or not.

The current research is a qualitative case study on adults diagnosed with BD during their adolescence who committed a suicide attempt with the purpose to explore during retrospective interviews not only protective factors but also risk factors

associated with their suicidal behaviors during youth. This research is a first step toward the overall attempt to address effectively this issue.

In order to reach the two above mentioned previous goals we constructed the four following questions:

- Q1. What are the protective factors common to participants with and without suicide attempt?
- Q2. What are the risk factors common to participants with and without suicide attempt?
- Q3. What are the protective factors specific to participants with or without suicide attempt?
- Q4. What are the risk factors specific to participants with or without suicide attempt?

4.2 Method

4.2.1 Research design

Since relatively little is known about the subject, carrying out a qualitative study seems appropriate. Indeed, a qualitative approach is particularly useful to explore little known and poorly documented phenomena (Deslauriers et al. 1997). A multiple case study method was selected as a research design with two embedded levels of analysis (to commit a suicide attempt or not, protective factor and risk factors) (Contendiopoulos et al. 1990).

To achieve this study, Gagnon guidelines (2008) were followed. This guide includes six different steps that promote an integrated approach for carrying out a case study aiming at ensuring reliability and validity: 1) Assessing appropriateness and usefulness; 2) Reliability and validity; 3) Research questions and design; 4) Selecting

cases; 5) Collecting data; and 6) Analyzing data. Each of those steps will be discussed through the document.

4.2.2 Participants

Six adult participants diagnosed with BD and hospitalized at Pitié-Salpêtrière, Child and Adolescent Psychiatry Department (SPEA CHUPS) during adolescence were part of the study. Three of them attempted suicide before the age of 21 years old and three others did not report any suicide attempt. Participants were recruited from a database of patients hospitalized during adolescence for a manic/mixed episode who participated to a follow study for which 35 participants received a lifetime diagnosis of BD (Cohen et al., 2009).

To get in touch with the participants, the process has been the following: we initially searched for their contact information in their hospital records and a letter was sent. Secondly, if the numbers were still valid, we conducted a telephone interview with a previously established telephone canvas. In cases the number was not valid we, either did a search on the yellow pages or contact their parents if their number was listed in the folder. Once in contact with the person, we then conducted a telephone interview with the telephone canvas. Third, if they agreed to participate to the research, an appointment was set. Compensation of 40 euros was given to them (see selection process, figure 4.1).

 Insert Figure 4.1

Among 35 participants, we retrieved only 9 participants (5 who committed a suicide attempt and 4 who did not). Numbers and addresses that were indicated in their files

were those of their parents. In most cases, numbers were not assigned anymore and their names could not be found in the yellow pages. We concentrated our research in Paris and surrounding areas. We faced some difficulties to retrieve participants: First, in France, married women change their family name. Second, patients who committed a suicide attempt were easier to find because they were more likely to be re-hospitalized and then have a hospital record actualized. Among the 9 participants, we retrieved 3 participants who refused to participate. One of them mentioned that he did not have time and the two others admitted they just did not want to remember the event.

We thus obtained 6 participants (3 participants with a suicide attempt and 3 participants without suicide attempt). The six participants (three females and three males) ranged in age from 26 to 35 at the time of the interview (Mean=31 years; SD=11). Three were single and the others married. The sample size was coherent with Smith and Osborn 2003 guidelines. In the following paragraph, the demographic characteristics of the interview participants are included.

Alice is the youngest child of her family. She has a 10 years older sister and a three years older brother. Alice's mother did not expect getting pregnant at 38 years old, but she quickly got happy with Alice's birth. At 15, Alice had her first depressive episode and was hospitalized for the first time. One year later, manic symptoms appeared. She was hospitalized for the second time for about three months. After her hospitalization, she started a therapeutic boarding school. Alice made a suicide attempt by drug poisoning following a dispute with her boyfriend at 18 years old.

Benoît is a young boy of 13 years old. He has a brother who is four years younger than him. Benoît was born with a heart issue and hospitalized 15 days at birth. Since his younger age, Benoît demonstrated psychiatric and psychological issues. At 11 years old, Benoit developed mixed episodes. Benoit was an anxious adolescent who was complaining of multiple somatic problems. Benoit made a suicide attempt by

drug poisoning at 13 years old following a strong fight with his father.

Carlos is a young adult of 21 years old. He is the youngest of a family of four with a little brother, a half-brother and a half-sister. When he was 15, Carlos lost his father. At his death, Carlos explained that he believed that his father did not like him. He felt the grief over the death of his father only five years after the death of this one. His relationships with his mother and brother were really bad. The mood's instability of the patient started when he was 17 years old. He presented mixed episodes. At the age of 17, he was hospitalized for two months. He committed suicide at 21 by drug intoxication as a way to escape the police.

Denise is an adolescent of 16 years old. She has a twin brother, diagnosed of a BD a couple of years after her, and an older brother of 3-year older. Her parents described her as an extroverted child contrarily to her twin brother. Before her manic episode, she decided to apply to a prestigious high school in Paris. She got accepted at one of them and decided to join it. For Denise, the school pressure was, according to her, the trigger for her manic episode. She was hospitalized at 16 years old for a manic state for one month. About one year before her hospitalization, depressive symptoms emerged with elements of sadness, and withdrawal.

Francoise is a 17-year-old girl. She is the eldest of two siblings with a two years younger brother. Her first symptoms appeared when she was 17. Her parents explained she had a behavior disorder with hearing and visual hallucinations. After her training to be activity leader, she had a manic episode and was hospitalized.

Gary is the oldest of a family of two children with a three years younger brother. At the age of thirteen, Gary had an incident with his music's teacher. He lost confidence in himself regarding a music piece and refused to play it during the concert. The patient was hospitalized at 13 three months for a depressive episode and then at the age of 15 for a manic episode.

4.2.3 Data collection

Triangulation often indicates that more than two methods are simultaneously used to obtain information in order to cover several angles of the object of the study (Wilig, 2001). In the case of this research, the data collection process has been achieved in three ways: a semi-structured interview, patient's charts and reflexive notes.

Interview verbatim. In order to obtain verbatim, semi-structured interviews were conducted among participants. The principal investigator, a graduate student trained in clinical psychology, conducted these interviews. To achieve an interpretative phenomenological analysis, we used an open semi-structured interview because it allows targeting topics without restricting itself to closed-ended questions and therefore, analyzing how participants perceive their internal world (Smith and Osborn, 2003). The interview is divided into four parts: 1) description of the suicide attempt, 2) protective factors, 3) risk factors, and 4) follow-up in adulthood. Participants were invited to discuss freely these suggested themes. More specific questions were then asked. A pilot interview with an adolescent was conducted in order to check that the questions were understandable. The verbatim for each interview were reproduced using word processing and a number was assigned to each of them in order to protect anonymity.

Patient Charts. The researcher retrospectively reviewed charts (clinician notes) once the interviews were completed. In order to extract and analyze information in clinical records, a reading grid had been developed with the goal to process the information according to the research questions. Selected data including the psychiatric history of the patient, suicidal behaviors, risk and protective factors were added as well as any other relevant information.

Reflective notes. The development of reflective notes was an active part of the research process. Reflective sheets were fulfilled after each interview, during the

transcription, the reading of the verbatim and the coding. The development of reflective notes, which include participant's own words on interpretations or assumptions, was an active part of the research process.

4.2.4 Data Analysis

An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was conducted to explore how participants made sense of their personal and social worlds using the Smith & Osborn 2003 guideline. Goal was to approach the psychological world of the participant and the content and complexity of the meaning rather than measuring frequencies of events (Smith and Osborn, 2003; Smith et al., 2009).

Smith and Osborn (2003) identified four main phases in IPA: First, the investigator does a floating reading of the interviews in order to identify a general idea. Interviews are read several times to get a better immersion and become familiar with the corpus data. Mixed codes are then used to set the themes; some themes are defined in advance while new emerging data are being collected, allowing identification of new themes leading to a codification grid which can evolve with the depth of the analysis. Themes are coded using the HyperResearch software version 3.0.3. Third, themes are connected in order to create categories to better reflect the participant experience. Finally, all themes are grouped together to finalize the coding grid (Smith and Osborn, 2003; Smith et al., 2009). Theme-analysis is selected to present the concepts of themes (Meier and Boivin, 2000).

This was, first, carried out for those participants who committed a suicide attempt to develop a first list of descriptive themes. Patient's charts of those three participants were then studied to see if other descriptive themes could be added. Then, we tried to obtain second-order and third order themes by reducing previous themes. Lastly, core themes were obtained by reducing the third-order themes with shared commonalities

to a single theme. The same work was then achieved for the three participants who did not commit a suicide attempt. Then, reflexives notes obtained during the research process brought some nuances to our results. This effort resulted in two lists of themes for patients who committed and did not commit a suicide attempt.

4.2.5 Validity and fidelity

To ensure internal reliability, researchers use specific descriptors such as literally verbatim reports of record interviews and safeguarded raw data (audio records, transcripts and reflexives notes) as well as the use of a triangulation method to ensure data validation. Researchers were involved at all stages of the study such as development of research grid, analysis of interviews and raw data, intermediary data analysis and interpretation. Through out this process, researchers had various discussions to ensure those steps had homogeneity and coherence. Moreover, an inter-rater agreement was realised for two cases. A high inter-rater reliability was found with 99% for the first case and 97% for the second. However, participation was volunteer and participants seemed to have a real desire to share their own experiences. To obtain a better internal validity and to ensure interviews were not biased by the participants mood, we checked euthymia by assessing mood with appropriate instruments at the beginning of the interview: Beck Depression Inventory (2nd edition) (BDI - II) to assess depressive symptomatology and the Young Mania Rating Scale (YMRSC) to evaluate manic symptoms. In light of the significant depressive symptoms of bipolar patients, the threshold defining the euthymia was set for this study at ≤ 19 which indicates a depression minimal or mild (Beck et al., 1988). On the YMRS, the threshold was set at ≤ 16 (Youngstrom et al., 2003).

4.2.6 Ethic concerns

Study goals and confidentiality clauses were systematically presented prior to each interview. Informed consent letters were read and signed by each participant. All interviews were digitally audio-recorded and transcribed. Each transcript was checked against the audio recording. The study received ethical approval from the Committee for the Protection of Persons of the Hospital Pitié-Salpêtrière.

4.3 Results

This study explored protective and risk factors related to suicidal behaviors during adolescence among adults diagnosed with BD before 21 years old. Theme-analysis is selected to present the concepts of themes (Meier and Boivin, 2000). As a consequence, we first obtained descriptive themes (89 descriptive themes were found for patients who did commit a suicide attempt and 95 for patients who did not commit a suicide attempt). Then, we identified second-order and third-order themes and we obtained core-themes for protective factors (see figure 4.2) and for risk factors (see figure 4.3).

 Insert Figure 4.2 and 4.3

Moreover, the data analysis of the verbatim of the six interviews allowed the

identification of four core-themes related to suicide attempts among participants: individual protective factors, environmental protective factors, individual risk factors and environmental risk factors.

Concerning protective factors, this study found that patients without suicide attempt have better personal abilities, a better self-esteem and vision of the future. They better accept their disorder and learn how to cope with it. Families have a better perception of the disorder and tend to be more helpful. In general, they have a better familial and social support with good relationship with family and friends. They have a high commitment to school by participating in class, by being really integrated in school network and with school activities. They do their homework and their school performance is good. Their social status at school and with their peers plays an important role. Others accept them and tend to like them. Spirituality seems also an important factor such as praying, going to religious places or believing in mystical events. It helps patients not to feel alone and to cling to something.

Concerning risk factors, we observed that patients having made a suicide attempt tend to have a personality with traits such as low self-esteem, low self-image or the feeling of being rejected. They have a negative vision of the future; they tend to be more impulsive with a more severe psychiatric symptomatology with more manic symptoms and psychotic symptoms. As a consequence, they have a more severe psychiatric history with more hospitalizations and more psychiatric disorders (Obsessive-compulsive disorder, anorexia, pathological mourning). Not only their perception of their disorder is negative but they also tend to receive bad comments about it from family or peers. Moreover, more patients with suicide attempt have a history of psychiatric disorders in their family (depression, mental disorder), difficulties with their peers and more family stressors. However, educational stressors seem to be equally difficult for patients with and without suicide attempt.

In order to observe what are the protective factors and the risk factors specifically related to suicide, we distinguished for all six participants, factors common to the two patient groups and factors specific to each group. Those specific factors may have the potential to be more specific to suicidal behaviors. Our objective was to identify protective and risk factors against suicidality among patients with BD. Moreover, we assume in this article that among protective factors and risk factors against suicidality, those specific protective and risk factors play a predominant role.

4.3.1 Protective factors common to participants with and without suicide attempt

Individual protective factors. To illustrate productive coping as part of *personality*, we notice that all patients (except Benoît and Gary) have the tendency to seek the root cause of their problems. Moreover, all patients seem to have more or less *healthy life style habits* with acceptable sleep habits with the exception of Denise who mentioned some somnambulism episodes and Carlos who had a short sleeping time. Music was something crucial for Alice, Benoît, Denise and Gary. With the exception of Carlos, all patients never consumed alcohol, tobacco or drugs. If Denise mentioned that activities such as violin concerts or sport tournaments helped her deal with stress, executing such activities (classic dance, volleyball) did not have the same impact for Françoise. All participants were doing sports activities and they considered it as a way of challenging their stress (Ping-Pong, Bicycle, Natation, Tennis, Volley ball, Badminton, Dance and Basket). Denise mentioned that she was “the first one to say to people: if you are not doing well go to the gym”. To relax, Alice, Denise and Françoise were also doing some shopping. Moreover, to deal with stress only having a walk was something that came along well for Alice, Carlos, Françoise and Gary.

4.3.2 Risk factors common to participants with and without suicide attempt

Individual risk factors. Strong *psychiatric symptomatology and comorbidities* were present for patients with and without suicide attempts. All participants, except Gary, had mixed or manic episode before their hospitalisation. Even if Carlos denied being in either a depressive state or a manic state at the time of the suicide attempt, his charts showed he presented many manic symptoms. Gary was the only patient who came to the hospitalization for depressive symptoms. Among participants, we observed psychotic symptoms with hallucinations, impulsivity, regressed behaviors, anxiety, behavioural disorder and irritability. All patients had suicide ideations months before their hospitalization.

All participants in this research, except Denise, tend to have a *personality* with traits such as a low self-esteem and no trust in themselves. Alice constantly devalued herself regarding her school performance and she often compared her performance to the successes of her sister. Benoit had a very negative view of himself. He found himself fat « I'm a tramp in the garbage ». He considered himself "the buffoon of service".

Carlos: I trusted in me (...) without trusting myself. We will say that at the time I knew that I didn't worth much according to what my mother and my brother said about me. Benoit: At that time I had nothing, I was really down « dju, dju like we say in Italian. « Dju » it means down. Françoise: I was not sure I liked myself when we were adolescent we only saw things that were not going well. Gary: At this time, I was depreciating myself (...). I was shy so I was talking less well with others. So, for some reasons, I felt guilty about it, guilty of not being like others (...) I had difficulties to talk.

Self-image was also difficult and their hopes and aspirations often based on other expectations. Indeed, for Benoit, the look from his mother played a major role. He was afraid that she criticized him. Alice was sensitive to any comments or remarks people could make. For Gary, the look of others was really important. He could not

oppose to others, could not say “no” because of a fear to disappoint resulting in a lot of problematic situations such as the conflict with his music’s teacher.

Gary: At some point, I had to tell her (...) Usually, I always got high praise of my teacher to tell me I was doing it well, that I had a good hearing memory (...) I didn’t want to hurt her so (...).

Patients tended to have introvert personalities and be overly sensitive. Alice was a young girl who had difficulties talking about her own issues. She described herself as an adolescent “calm” and “reserved”. Carlos explained that he tended to keep his emotions and his problems for himself: “when I was doing bad I was not showing it (...) anyway since I was born I always internalized everything”. Francoise could always feel what others felt and Gary mentioned to be a reserved person with difficulties to express his feelings.

Gary: Everything was really inside me. I was always crying (...) So I withdraw myself in this hopelessness state without communication with others.

Finally, all participants who committed suicide and, only Francoise for those who did not, were deficient in the way they regulated their emotions. They demonstrated impulsive behaviors.

Environmental risk factors. Participants, except Gary, have *family history of psychiatric disorders* (depression, mental disorder, bipolar disorder, melancholy involution). Some *family stressors* were present for patients with and without suicide attempt. They had conflicting relationships with one of their parents at some point during their youth. Even if relationships with parents were generally good for patients without suicide attempt, difficulties still existed. For example, Francoise was criticizing her parents a lot during that time. She thought her parents didn’t take enough care of her. Denise’s patient’s charts show a difficult picture before hospitalization. She was making the reproach to her parents to be “constantly on her

back” and to be responsible for her hospitalization. Gary had some difficulties to communicating with his parents: “I had difficulties to talk to my mother. It’s true that she didn’t know what to do (...) I could not tell my feelings”.

Death and sickness were major issues faced by participants. Francoise, Benoit and Carlos’s grandfathers were sick and passed away.

Françoise: It was quite painful because my mom was always there to take care of him. We sometimes went with her but it is true those pictures not very... we don’t want to see our relatives like that.

Benoît: In 95, it was my grandfather who died... It affected everyone. It affected my cousin and all my family (...) a lot of crying-everywhere.

Moreover, Carlos lost his father six years before attempting suicide. At his death, Carlos explained that he expressed and felt little emotion. The relationship with his father seemed ambivalent. He thought that his father "hated" him.

For most participants, *relationship with peers* was an issue. Among the three patients with suicide attempt, Alice and Benoit had issues with friends. Alice mentioned having been really disappointed after her first hospitalization and Benoit felt alone, rejected and without friends. He had very few friends and was considered to be the laughing stock of the school. He expressed a deep sense of these difficulties: “because I was tired, I had no friend. I had nothing at all, so I had no friend so the suicide”. Concerning patients without suicide attempt, it was a problem mainly for Gary. He had very few friends and felt withdrawn in class.

Gary: At school it’s true I didn’t have many friends. Boys from school were annoying me. It was hard for me. I had no friends to talk to (...) I think it would have helped me.

For Françoise, things were better but she was worried not to have a boyfriend at this time: “I didn’t have a boyfriend when I was at school so I had a disappointment when I was comparing myself to my friends”.

Educational stressor was an essential risk factor and school performance and interactions with schoolmates seemed to be perceived as a major pressure point. Alice constantly devalued herself regarding her school performance and she often compared her poor performances to her sister’s successes. Benoît had a lot of difficulties at school and a number of issues interacting with his schoolmates. For Denise, school pressure was the trigger for her manic episode. She was, at that time, accepted at a prestigious high school in Paris, which seemed to have created some high tension. Gary and Françoise also felt a lot of pressure from school. Françoise mentioned that, according to her, the trigger for her manic episode was the lack of sleep and a lot of fatigue.

Françoise: We almost didn’t sleep during 48 hours. I was tired by school, the week-end before I didn’t sleep much and I was in this training in which I didn’t feel it was my place

4.3.3 Factors specific to participants with or without suicide attempt

Specific protective factors. Patients who did not commit a suicide attempt tend to have a positive *personality*. Denise and Françoise had traits such as a good self-esteem and a positive vision of the future and of the world, contrarily to all patients with a suicide attempt.

Denise: Except those questions concerning the hospitalization, no, I was not worried about my future (...) I am spontaneous and dynamic. (...) People accepted me. I was serene. I had trust in myself. Yeah.

Françoise: I had future perspective.

Even if all participants had some coping strategies present, we observed that only Denise actually tried to solve her problems. Differences in their *life style habits* are perceived among patients with suicide attempt and those without. Indeed, Denise mentioned that practicing some respiration exercises helped her deal with stress. Moreover, participants without suicide attempt tend to have good healthy eating habits, which was not, for the most part, the case for participants with suicide attempt.

If *Family support* plays an important role for both populations, we noticed that participants without suicide attempt can find some support through their parents while participants with suicide attempt found their support through sibling. Indeed, Denise, Françoise and Gary mentioned a good relationship with their parents during adolescence.

Interviewer: Could you describe what helped you that protected you from committing suicide attempt during your adolescence?

Denise: The help of my family, the help of my mother. Despite all the wickedness I said to them. They still came back every day (...) She came, she came back. It's what helped me a lot, my family (...) She was brave (...), every night after her job, to come here and I shut the door on her face (...) the help of my family, of my mother who despite all the mean stuffs I said to her (...) No she was coming back.

Françoise: We always said everything to each other. They were present (...) my relationship with my brother was good (...) we were talking freely (...) I could count on my mother; (...) She took me to the sports activities, we were shopping together.

Gary: They [his parents] were always here to help me find a solution, to help to get out of this depression (...) we were doing stuff altogether. It was wonderful for me. We were having a walk (...) with my parents, my brother and my grandparents also.

Alice and Carlos both have a sister who played an important role in their life. Even after her sister moved with her husband, Alice and her sister still maintained a good

relationship and her sister was always there for her. Alice mentioned however that it would have helped her more if her sister were physically present and Carlos mentioned that a better relationship with her mother and brother would have been something important to him.

Alice: She even came here [at the hospital] when I was 15 to see me and talk to the doctor (...). We are really close, a good social support. Fortunately she was there.

Carlos: [It would have helped me] that my mother and brother didn't try to constantly devalue me.

Accepting the diagnosis of BD. Among all participants, the only one who did accept her diagnosis was a participant without suicide attempt. Denise explained that during adolescence, she could speak freely with friends and family about her illness despite some moments when she felt ashamed due to some behaviour she faced. The knowledge of her sickness helped her deal with it. She described her manic episode as an adolescence crisis and not a chronic illness. She described it as a reaction to the role of the protective sister and the « the family second mother » she played with her family.

Denise: Finally I have the opportunity to really understand my illness and I could talk freely about it (...) I was, for them (...) brilliant at school, brilliant with the music. The « perfect child » (...) I was really the cliché of the perfect girl.

A good *Social support regarding the disorder* is an important protective factor for patient without suicide. Indeed, Denise and Francoise received a fairly positive feedback from her entourage.

Denise: It then became necessary to explain the illness. When we speak about manic-depression, people think about [Hospital] Saint-Anne¹. People catalogue us as crazy. But I had this chance to really understand my illness (...) It's really

¹ Public hospital system

when we came back. We realized what we said what we did and the look of others. But after it went away. People are smart enough.

Françoise: People took it as it happened. At least they accepted me as normal.

Gary explained that he received various comments and feedback about his BD. Most people from his entourage didn't know he had BD, so they had difficulties understanding and accepting his behaviours. However, people who knew it and played a more important role in his life were really supportive and understanding.

Involvement at school was important for patients without suicide attempt mainly for Francoise and Denise. They were well involved in their classrooms and among classmates. They were also studying hard to have good grades.

Francoise: At school I was participating a lot, I liked it. I was helping my schoolmates who had difficulties. I also did activities with the school and outside.

Denise: I was really integrated. I was even the class representative (...) I could easily talk in class.

In addition, participants who did not commit a suicide attempt, such as Denise and Francoise, had *good relationship with peers* and a great social network. They had an important social position toward friends. Carlos was the only participant to have attempted suicide who mentioned that his friends were helping him to relax, have fun and get out of his family environment.

Denise: I always had friends (...) I think I was useful to my friends giving them girl advices (...) I felt useful to my friends.

Francoise: I always had many groups of friends. (...) I even had friends who came to visit me at the hospital (...) I was happy when they were coming.

Spirituality appeared as important for two participants without suicide attempt from both a religious and mystical perspective.

Denise: I was not talking necessarily to a god but I was talking to a disappeared person, to my grandfather (...) but it was not religious prayer but it could

happen at night to check on stuff like 22h22 (...) it was important to me to see the 22h22 before sleeping (...) I felt good.

Gary: That's true that when things were not going well, I tend to pray more, it helped me, not to stay alone, try to cling to something (...) knowing that someone can help me seems to help me (...) It gave me hope, yes, hope.

Moreover, Alice suggested that a health professional should spend time explaining parents what to say or not to say because it was difficult for her to hear some remarks. *Psychological support* would have also been something helpful according to Alice. She mentioned that a psychotherapy before her suicide attempt would have been helpful.

Alice: (...) to educate a little bit [parents] but at the same time some parents don't want to hear at all about psychologist (...) I would have liked not to hear sentences such as "It's not your own home here, you don't do what you want"

Moreover, one patient suggested that a health professional should give support to parents to help them be better prepared.

Specific risk factors. Psychiatric history of hospitalization before suicidal behaviors plays an important role because each hospitalization resulted in repercussions on education, interpersonal relations and daily life changes. Alice and Benoît had two hospitalizations before attempting suicide. Carlos's suicide attempt led to his second hospitalization. For each participant, hospitalizations consequences were really hard to accept.

Alice: During my adolescence, I had few friends (...) after the first episode of the disease there was nobody anymore (...) I was feeling again my hospitalizations: the time I had lost during those episodes, the fact that I had to leave my school and I was rejected when I came from my first hospitalization and the friends that were supposedly my friends, there were not there anymore. The first hospitalization here I was afraid, afraid for my studies because I was

in high school so afraid to fail my school life and suddenly afraid to know what I was going to become, I was afraid for my parents.

Participants with suicide attempt had a more severe psychiatric history with more hospitalizations. They had comorbidities such as obsessive-compulsive disorders, anorexia, pathological mourning.

Participants, mainly those with suicide attempt, tend to have a *negative perception and attitude toward BD*. They tend to see no future with this disorder (risk of death; risk to pass the problem to her future children, fear to go through new hospitalizations) such as Alice and Gary.

Gary: I was asking myself questions about (...) my relationships with others (...) my own ability to build a family, meet someone or be able to succeed.

They sometimes blamed others for their illness or issues such as Carlos who spent a lot of efforts to explain that all his problems were coming from the relationship he had with his mother.

Carlos: I saw I had a problem (...) Then, I wanted to go to the hospitalization because I didn't feel especially good at the same time the relationship with my mother...eh let's say it got worse.

They avoided talking about it, they hid it or had a tendency to isolate themselves such as Gary. He talked about his illness, like if it were a life before and a life after he received the BD diagnosis.

Gary: It is true that I did not speak about it. It was something that I did not admit (...) Before 13, everything was good (...) and suddenly I didn't trust myself anymore (...). Before the sickness, things were doing fine but it created a lack of confidence. It has an impact on my relationship with others. It was harder to be accepted by others.

They might be scared to be perceived as crazy or different as Alice and Gary did. Alice got angry when people reminded her of her bipolar disorder. She explained that it was easier to accept the depression episode she had first because in her mind, a depression can be “temporary” but the diagnosis of a bipolar disorder is “permanent”.

Alice: At the first hospitalization, they said that it was a severe depression (...) It was during the second hospitalization (...) they realized things. (...) The disease of bipolar disorder is a lifetime sickness and in books they spoke about the risk of death, the risk of transmitting the disease to children. (...) At that time I saw no future with this disease.

Francoise had difficulties accepting the fact that she didn't have a true explanation affected her a lot: “The issue is that I didn't have too many problems so that the thing is that nobody really understood what was happening”.

Negative family and peer perception of BD is an important finding in this research. The three participants who committed a suicide attempt suffered from negative perceptions others have of their psychiatric illness. They often considered the patients as “crazy”. This is even harder when those prejudices are coming from close family such as parents or siblings. Once she got the diagnosis of BD, things became different for Alice. She felt rejected and different and she got negative comments from her brother about her diagnosis. It was, for her, really hard to bear. Moreover, one of her ex-boyfriend broke up with her as soon as he knew she had BD and that she was living in an adolescent center.

Alice: It is when I got back the weekend (...) I got remarks from my brother (...) he treated me as crazy (...) it is very offensive (...). From the moment I became sick, it was a rupture between us (...) I had a few romances and there is one guy that as soon as he knew (...) that I have a disorder bipolar (...) the day after it was finished.

Benoît got many negative comments from his peers. His classmates at school were constantly making fun of him. Moreover, relationship with his brother was really a source of conflict and Benoît got many bad remarks from him too.

Benoît: People said that I was a trisomy but I am not (...) everyone said that I was a feeble-minded. They told me: "you're sick and you can't be with us".

The relationship of Carlos with his little brother and his mother got worse after his diagnosis of BD. They constantly put the patient down.

Carlos: When the psycho-manic-depression was declared (...) at the beginning, they said I had nothing; and when my mother realized that I was sick, she said I was crazy (...) that I should be locked up and she always tried to put me in a psychiatric hospital.

Patients who committed a suicide attempt had conflicting relationships with one of their parents and grew up with the feeling of being rejected by a close member of the family, which probably played a role in their decision of having committed a suicide attempt. Alice felt rejected by her parents when they sent her to the therapeutic boarding school after her second hospitalization. She felt she was no longer welcomed at her own home. Alice assumed that her mother's depression prior to her own birth could have made her mother not very supportive, Alice's episodes probably reminded her events she was trying to forget.

Alice: It was my mother (...) some negative comments (...) such as « you are not doing whatever you want here, you are at my home, you do what I said ». We were not getting along that's all (...) The fact that I was sick, it really affected her and therefore it is true she went in interviews with psychiatrists, psychologists, professionals and it probably activated a lot of things in her.

The relationship of Carlos with his mother was really bad. He explained that his mother often tended to reject him, depreciated him and demonstrated a difference

between her two sons. Carlos had also conflicts with his brother. His brother and mother constantly put him down.

Carlos: (...) she [his mother] was trying (...) to have the control on me (...) to keep it simple for mother my brother is god and I am the devil (...) my mother and my brother tried to be superior (...) they have always tried to push me down (...) I was the ugly duckling of the family.

Benoît had also a complicated relationship with his parents. Even if he mentioned that both parents were physically violent with him, he seemed closer to his mother. His relationship with his father was more painful. He always felt rejected from him. Benoit always had the feeling that his father was ashamed of him.

Legal stressors played also a significant role. Carlos was the only one having issues with justice. For him, it was the trigger. He described his suicidal gesture as a way to escape the police.

Carlos: In the past, I had problems with cops and justice so I had a criminal record (...) at the age of 20 I had a girlfriend who was doing just about the same crap I have done (...) when I was 16 years. And the problem is that when I made the suicide attempt, I was afraid to deal with cops again.

4.4 Discussion and conclusion

According to Borowsky et al. (1999) promoting protective factors play an important role in the intervention and prevention of suicide behaviors. This study outlines the experience of suicidal involvement during adolescence. It explores protective and risk factors and offers an understanding of the way six patients make sense of their own experiences. We identified four categories related to suicide attempts among participants: individual protective factors (personality, accepting the diagnosis of BD, life habits), environmental protective factors (family and social factors), individual

risk factors (personality, psychiatric history of hospitalization, psychiatric symptomatology and comorbidities, history of medical and psychiatric illness, negative perception and BD diagnosis acceptance) and environmental risk factors (family and social factors). However to try to identify factors specifically related to suicide, we isolated those risk factors specific to patient with BD with suicidal attempt and those protective factors specific to patient with BD without suicidal attempt.

Attitude and perceptions toward disorder is an important finding in this research and are expressed in two different ways: personal perception of BD and family/peer perception regarding BD. Participants with a negative attitude toward BD are at a higher risk to commit suicide. In the opposite when such attitudes are expressed positively, risk of suicide seemed lower. Firstly, perception of BD is probably influenced by personality of the participant. Participants with a positive vision of the world and future will be more willing to have a better perception of their disorder. Secondly, family relationships and peer attitude toward BD probably shape personal perception of BD. Negative attitude and stigma of others often lead to social exclusion and discrimination. Moreover, we can also think that people with a negative attitude will tend to avoid disclosing their symptoms and seeking care. As a consequence, patients with a negative perception of BD are often excluded socially, feel ashamed about their behaviors and are less likely to seek help, which may explain why they tend to commit suicide.

The only protective factor associated with suicidal behavior among children and adolescents with BD indicates that strengthening the ability to endure difficult situation could prevent suicidality as seen in Dialectical Behavior Therapy (DBT) research. The published study on the use of DBT for BD reported that participants with BD receiving a DBT exhibit significant improvement in suicidal behaviors, self-harming behaviors, reduced deregulation of emotions and symptoms of depression

(Goldstein et al., 2007). Even if we could not verify what was found in the literature regarding DBT since no interviewed patient followed this therapy, our results emphasised the idea that strengthening the ability to endure tough life situations would be a protective factor against suicidal behaviors. Indeed, DBT is a psychotherapy that works on learning skills related to distress tolerance, acceptance, and mindful awareness. The notion of distress tolerance is in some ways similar, but specific to BD, to the notion of personal perception and attitude toward illness. Indeed, distress tolerance skills is a skill set meant to get through a crisis situation without engaging in self-destructive behaviors that would likely make the situation worse for the patient (Janelle and Labelle, 2009). In other words, the patient learns how to deal with life situations that cannot change. In the case of BD, this skill should help the patient tolerate his diagnosis and accept his crisis. Moreover, DBT offers a complementary family intervention, which becomes an important component of the treatment (Miller et al., 2007). It helped family gain some skills such as understanding the disorder and use effective communication. It would have been the psychological support Alice needed. She indeed, suggested in the interview that a health professional that could have spent time with her parents would have also helped her. It is interesting to notice that no participant had the chance to follow psychotherapy. As a consequence, through that work, researchers cannot evaluate if psychotherapy would have played a positive role in suicidal behaviors..

Another finding is that social support protects from committing suicide. Social support plays a role in various ways. If family support is an important factor, participants with suicide attempt grew up with the feeling of being rejected by a close member of the family. It is not a surprise that all participants have experienced conflictual relationships within their families since adolescence pushes for more individuality. What makes the difference between those who commit suicide and those who don't is the experience of rejection. As we can notice in this research, feeling rejected, by parents can lead to the feeling of loneliness, low self-esteem,

depression and aggression (McDougall et al., 2001). As Consoli et al., (2013) has recently shown, issues linked with family relationships are associated with an increased risk of suicide in depressed adolescents. Several studies have focused on family relationship as a protective factor for suicidal behavior (Blum et al., 2003; Borowsky et al. 2001). Indeed, these studies found that adolescents with good relationships with their parents are less likely to develop suicidal behaviors. Second, family/social support is also present through school and peer relationships since patients without suicide attempt are well involved in their classrooms and among classmates and have a better social network. Their personality probably helps them not to be ashamed to participate in class and interact with schoolmates and peers. Indeed, self-esteem seems to play an important part in interacting with others. Other studies found that social support tends to indirectly reduce suicide by increasing factors such as self-esteem (Kleiman and Riskind, in press), or the feelings of belongingness (Joiner, 2005).

Our results showed that spirituality is more present in participants without suicide attempt. This confirms recent studies on religion and spirituality, which also shows positive effects on psychological outcome in youths (King et al, 2011; Yonker et al, 2012). Spirituality may bring a sense of belonging; it can change their perception of suicide and can become a source of hope. Family and peers often influence spirituality, which may be an opportunity to interact with others. In other words, spirituality is associated with overall better youth development. Indeed, a meta-analysis of 75 studies demonstrated that adolescents with high spirituality/religiosity had less depression, less risky behaviors, and a better self-esteem (Yonker et al., 2012).

As initially assumed, patients who did commit a suicide attempt tend to have experienced less protective and more risk factors. If controlling individual and environmental risk factors is often very challenging and sometimes impossible,

efforts should be made to enhance protective factors with patients with many risk factors. Some psychoeducation programs for BD already exist for patients suffering from BD (Basco and Rush, 2005; Bauer and McBride, 2001; Lam et al, 1999). A psychoeducation therapy may help patients understand BD and how it affects them and their family. It may help patients have a better understanding of their sickness and develop skills to cope and deal with mood swings. Existing psychoeducation therapies (Bauer and McBride, 2001, Colom and Vieta, 2006) offer sessions such as: 1) learning the disorder, 2) improving treatment adherence, 3) avoiding substance abuse, 4) teaching patients how to identify a relapse, and 5) working on regular habits and stress management.

According to our finding, a therapy program should include teaching and acquiring those skills. First, a session should be spent to provide patients with basic information on BD. The therapist should explain to patients what is BD, what is its biological nature and its etiological factors, what are the symptoms of depression, mania, hypomania and mixed. Families should also attend the session as it may help them change their stigma and disorder perceptions. Second, teaching distress tolerance skills should help patients to deal with life situations that cannot change with a specific emphasis on accepting their disorder. Third, a special session should address patient self-esteem. Self-esteem seems to play a role on the feelings of being accepted or rejected. Fourth, a special session should be offered to families to help them gain some skills such as effective communication with patients suffering with BD. This type of psychoeducation program should be more developed and more often proposed to patients diagnosed with BD. A therapy should be offered to each patient diagnosed with BD in order to help him or her reduce the risk of suicide behaviors.

This exploratory study has some limitations. First, the qualitative design of the study does not allow obtaining empirical relationship. We identified protective factors and risk factors without concluding to causal links. Second, this research allows

identifying mainly psychosocial and psychiatric factors. Researchers do not evaluate biological factors and genetic predispositions. Other factors probably play a role in suicidal behaviors that were not taken into consideration in this study. Third, the small sample size limited generalizations. More research should be needed to find out if those results could be generalized to participants with BD and if such results can be extended to another mental health population. Fourth, the retrospective design of this study provides disadvantages. Indeed, significant biases may affect the results. The recollection of the participants may have been modified. The patient may not recall the event or recall it in a wrong way. The adult perception may have modified their way of thinking. Fifth, it is important to note that our sample represent patients with BD who accepted to participate to this study. Moreover, social desirability may constitute a bias in this research since we have face-to-face interviews. People will probably tend to be more honest if they feel to be not identifiable.

Consequently this research is only a first step in the understanding and prevention of suicide behaviours among adolescents with BD. Further research may be needed to effectively address this issue and, more specifically, examine each variable in more depth. In order to reach this objective, the study should be prospective and the patient should be interviewed right after the suicide attempt. Moreover, it should use a larger cohort and be carried out through a multisite research. Ideally, the design methodology should be longitudinal rather than cross-sectional.

Figure 4.1
Selection Process of participants

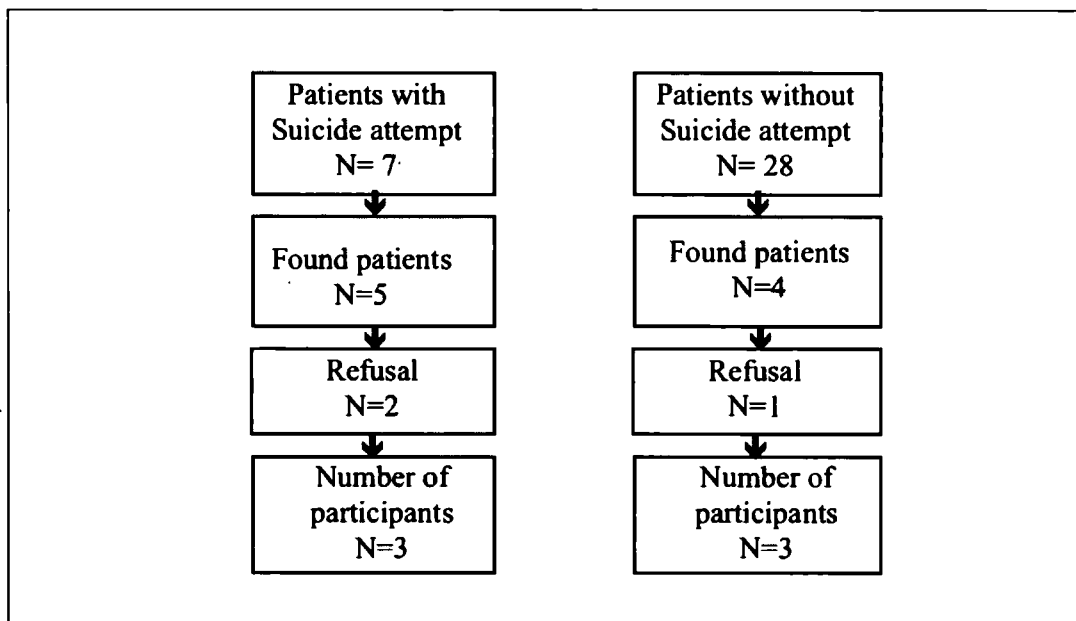
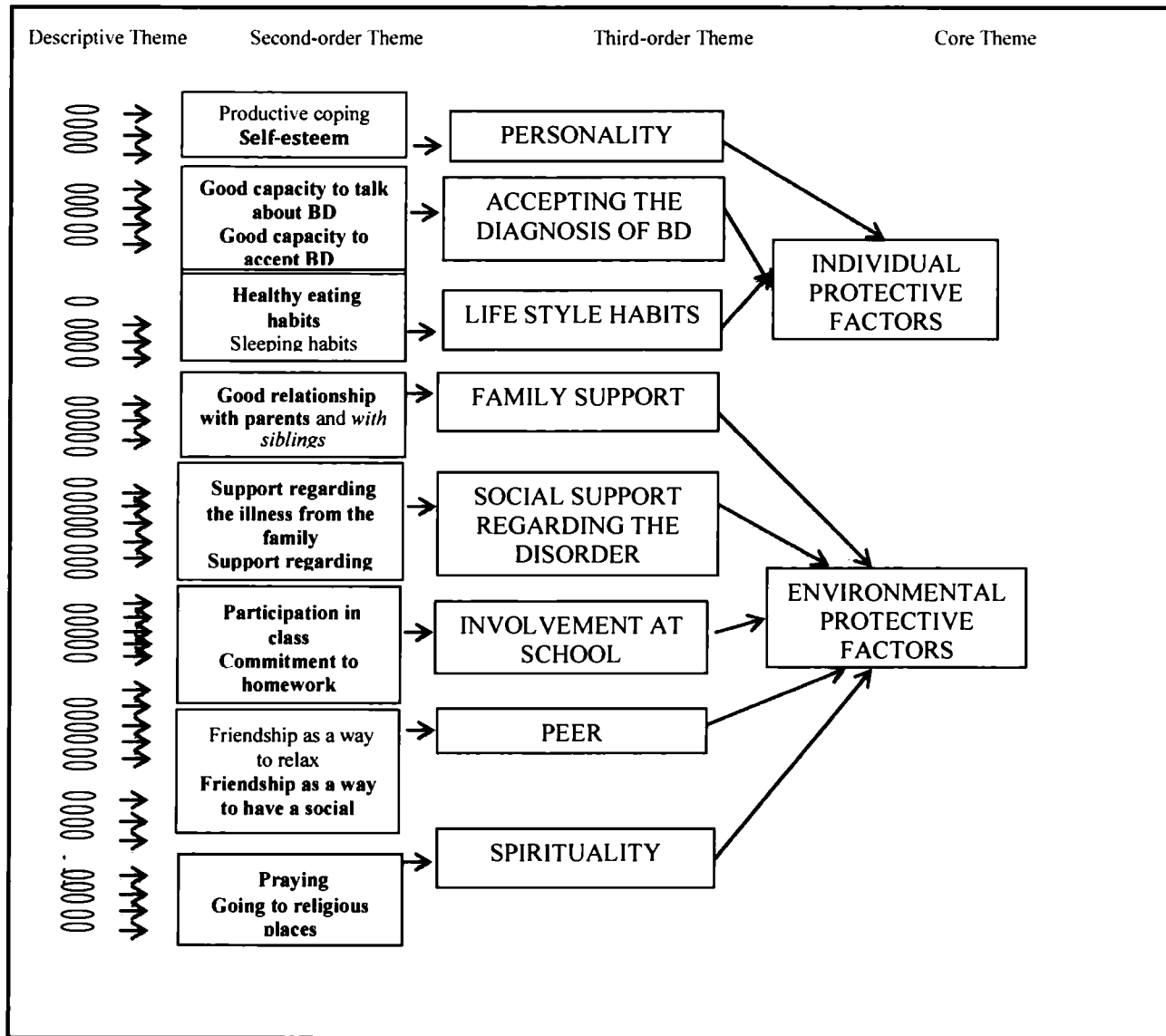
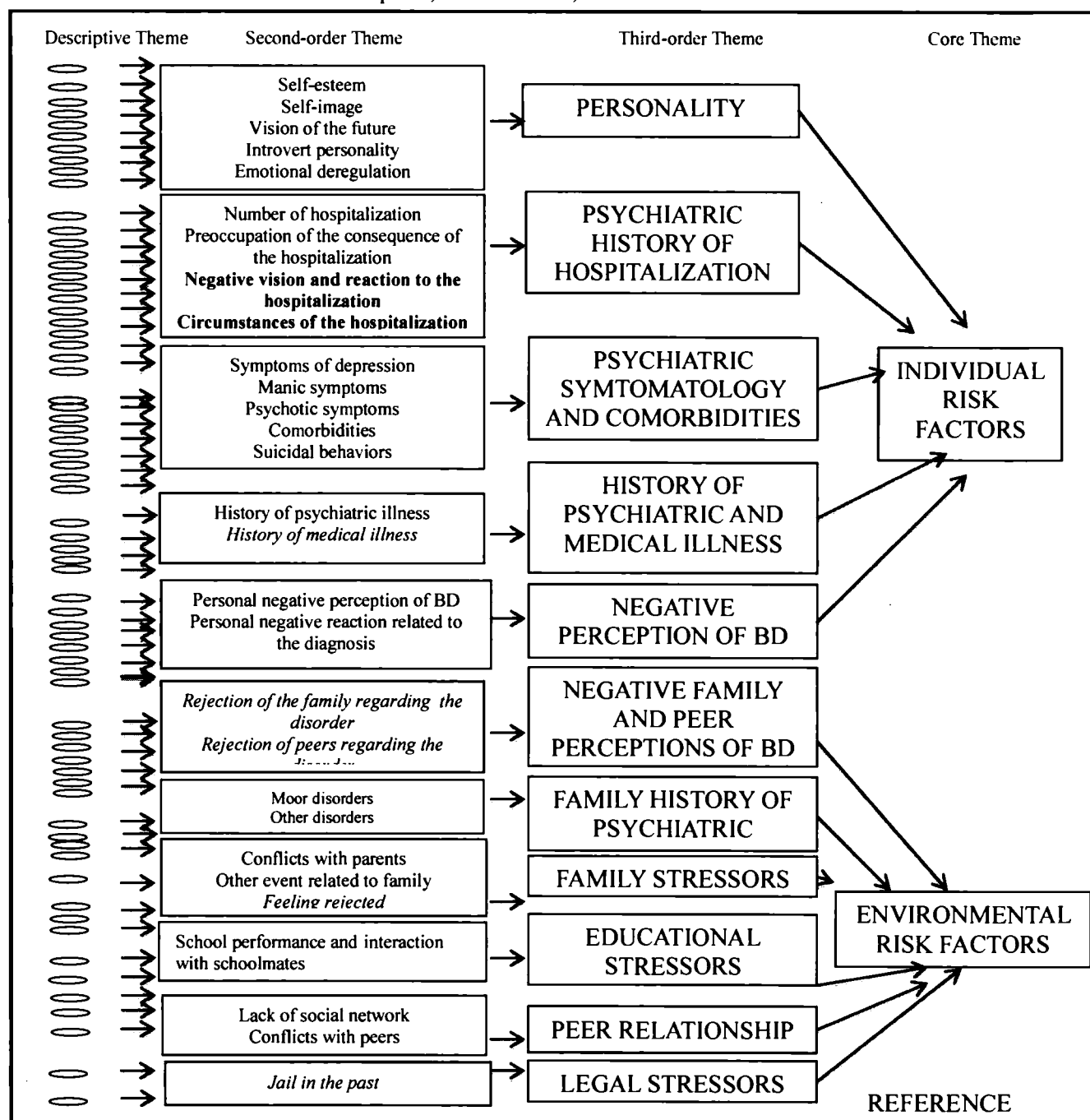


Figure 4.2
The descriptive, second order, third order theme of protective factors.



The oval symbol refers to the descriptive themes found; Normal letters refers to patients with a suicide attempt and without a suicide attempt; Italic letters refers to patients with a suicide attempt only; Bold letters refers to patients without a suicide attempt

Figure 4.3
The descriptive, second order, third order theme of risk factors.



The oval symbol refers to the descriptive themes found; Normal letters refers to patients with a suicide attempt and without a suicide attempt; Italic letters refers to patients with a suicide attempt only; Bold letters refers to patients without a suicide attempt

- Basco, M.R. et Rush, A.J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2nd Edition. New York: Guilford Press.
- Bauer, L. et McBride, L., (2001). *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Beck, A.T., Steer, R.A et Garbin, M.G. (1988). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation". *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Blum, R.W., Halcon, L., Beuhring, T., Pate, E., Campell-forest, S., & Verna, A. (2003). Adolescent health in the Caribbean : risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 93(3), 456-460.
- Borowsky, I.W., Ireland, M et Resnick, M.D. (2001). Adolescents suicide attempts : risks and protectors. *Pediatrics*, 107, 485-493.
- Borowsky, I.W., Resnick, M.D., Ireland, M. et Blum, R.W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of paediatrics and Adolescent Medecine*, 153-168.
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., Abadie P., Gérardin P., Cohen D. et Guilé, J.M. (2013). Protective factors for depression and suicidal behavior in adolescence. Manuscript submitted for publication.
- Breton, J. J., Labelle, R. et Royer, C. (2008). Facteurs de protection, sexe et conduites suicidaires à l'adolescence. Rapport final de recherche présenté à l'Institut de la santé des femmes et des hommes au programme Nouvelles perspectives nationales et internationales sur le genre et la santé, 1-29 et annexes.
- Brosnahan, J., Steffen, L. M., Lytle, L., Patterson, J. et Boostrom, A. (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 818-823.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. et Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.

- Chaudhury, S. R., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Burke, A. K., Sher, L., Parsey, R. V., et al. (2007). Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *Journal of affective disorders*, 104(1-3), 245-250.
- Cull, J. G. et Gill, W. S. (1982/1988). *Suicide probability scale (SPS)*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Cohen, D., Guillé, J-M., Brunelle, J., Bodeau, N., Louët, E., Lucanto, R. et Consoli, A. (2009). Troubles bipolaires de type I de l'adolescent : controverses et devenir à l'âge adulte. *L'encéphale*, 6, 224-230.
- Consoli, A., Cohen, D., Bodeau, N., Guilé, J-M., Mirkovic, B., Knafo, A., Laurent, C., Renaud, J., Labelle, R., Breton, J-J. et Gérardin, P. (2013). Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. Manuscript submitted for publication.
- Consoli, A., Peyrel, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B. et Touchette, E. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, 7(1).
- Colom, F. et Vieta, E. (2006). Psychoeducation manual for bipolar disorder. New York, NY: Cambridge University Press.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.R et Hennen J (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorder*, 8, 625-639.
- Dervic, K., Carballo, J.J., Baca-Gracia, E., Galfalvy, H., Mann, J.J., Brent, D-A. et Oquendo, M-A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (10), 1390-1396.
- Deslauriers, L.G., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin. (pp.88-109).
- Gagnon, Y.C. (2008). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Presses de l'Université du Québec.
- Goldstein, T. R., Bridge, J. A., & Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 84-91.

- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J., Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *The Journal of the American Medical Association*, 290(11), 1467-1473.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A. et Barrios, F. X. (2000). Why young people do not kill themselves: the reasons for living inventory for adolescents. *Journal of clinical child psychology*, 29(2), 177-187.
- Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Guilé, J-M. et Breton, J-J. (2013). Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(3), 139-151.
- Huneau, S., Breton, J.J. et Labelle, R. (2005). Protective factors for suicidality in adolescents. Texte non publié, 10 pages.
- Janelle, A. et Labelle (2009). La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes. *Psychologie Québec*, 26(6), 25-28.
- Joiner, T.E., 2005. *Why People Die by Suicide*, 1st ed. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., et al. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kleiman, E.M. et Riskind, J.H. (2013) Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34, 42-49.
- Labelle, R., Daigle, M.S., Pronovost, J. et Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du *Suicide Probability Scale* auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et psychométrie*, 19, 5-26.
- Lam, D., Jones, S., Bright, J., et al (1999) *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practise*. Chichester: Wiley.

- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Columbia University Press.
- Lewinsohn, P.M., Klein, D.N. et Seeley, J.R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 454-463.
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S. et Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088.
- McDougall, P., Hymel, S., Vaillancourt, T., & Mercer, L. (2001). The consequences of childhood rejection. In M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection*. (pp. 213-247). New York, NY: Oxford University Press.
- Meier, A. et Boivin, M. (2000). The achievement of greater selfhood: The application of theme analysis to a case study. *Psychotherapy Research*, 10(1), 60.
- Milhiet, V., Consoli, A., Raffin, M. et Cohen, D. (2014). Traitement par lithium dans le trouble bipolaire du sujet jeune. *Annales Médico Psychologiques*. In press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. et Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Oquendo, M. A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., et al. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 107-117.
- Perlis, R.H., Smoller, J.W. et Fava, M. (2004). The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 79, 291-295.
- Pronovost, J., Dumont, M. et Leclerc, D. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents: Comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24, 179-199.
- ResearchwareInc (2011). Version 3.0.3) Software. [Software].
- Smith, J.A., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method, Research*. London: Sage.

- Smith, J.A. et Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J.A., (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. (pp. 51–80). London: Sage.
- Stang J, Story M (eds) *Guidelines for Adolescent Nutrition Services* (2005) 1
<http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adolbook.sht>
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Etats-Unis : Open University Press.
- Youngstrom, E., Gracious, B.L., Danielson, C.K. (2003). Toward an integration of parent and clinician report on the Young Mania Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 77, 179-190.
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A. et Dehaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *Journal of Adolescence*. 35(2): 299-314.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

5.1 Synthèse des résultats des articles 1 et 2

Le premier article est une recension des écrits portant sur le trouble bipolaire et les conduites suicidaires chez les adolescents. Les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez des adolescents souffrant d'un trouble bipolaire peuvent être regroupés en quatre catégories : démographique, clinique, psychologique et familiale/sociale. Cette recension couvrant les années 2002 à 2012 montre que très peu de facteurs de protection ont été étudiés dans cette population avec pour seule exception les effets positifs de la thérapie comportementale dialectique. Aucune étude ne s'était attardée, jusqu'à ce jour, sur les facteurs de protection pouvant aider le jeune souffrant d'un trouble bipolaire à ne pas commettre une tentative de suicide.

L'objectif principal du second article est l'identification des facteurs de protection susceptibles d'aider le jeune adolescent bipolaire à ne pas passer à l'acte suicidaire. Toutefois, il était nécessaire de donner préalablement un aperçu des facteurs de risque. Ainsi, ce deuxième article présente une étude rétrospective de cas d'adultes diagnostiqués bipolaires avant l'âge de 21 ans et ayant fait ou non une tentative de suicide. Dans le cadre de cette étude de cas, quatre catégories de facteurs associés aux conduites suicidaires ont pu être identifiées :

- Facteurs de risque individuel: personnalité, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, symptomatologie psychiatrique, comorbidités, antécédents psychiatriques, antécédents de maladies somatiques, perception négative du

trouble bipolaire.

- Facteurs de risque environnemental : antécédents familiaux de troubles psychiatriques, stressseurs familiaux, difficultés avec la justice, relations avec les pairs, problèmes éducationnels.
- Facteurs de protection individuelle : personnalité, acceptation du diagnostic, spiritualité.
- Facteurs de protection environnementale : soutien familial, relations positives avec les pairs, support psychologique et perception personnelle et familiale non négative du trouble bipolaire, cohésion scolaire.

Cette étude a permis de mettre en avant d'une part, les facteurs communs aux participants ayant fait ou non une tentative de suicide et d'autre part, les facteurs spécifiques à chacun des deux groupes. Du fait de leur spécificité, nous pouvons postuler que ces derniers se trouvent être plus fortement liés au comportement suicidaire. Aussi, ce chapitre se trouve-t-il être plutôt concentré sur ces facteurs spécifiques.

En accord avec de nombreuses recherches antérieures portant sur les facteurs de protection, les patients ayant passé à l'acte semblent présenter un nombre plus important de facteurs de risque (Bridge et al., 2006 ; Lewinsohn et al., 1995). Concernant les facteurs de protection spécifiques des conduites suicidaires, nous retrouvons ici: le soutien social, une personnalité positive, la spiritualité, l'acceptation du diagnostic du trouble bipolaire, le support social lié au trouble bipolaire et l'implication à l'école.

Les facteurs de protection peuvent en rétablissant un équilibre réduire l'impact des facteurs de risque, comme le montre le modèle en santé mentale. Ils semblent agir sous un mode de prévention et ne pas être identiques chez les participants ayant fait

une tentative de suicide et ceux n'ayant pas fait de tentative de suicide. Parmi les facteurs de protection, le soutien social et, plus particulièrement, celui de la famille jouent un rôle important. Le soutien social est cité par les participants de l'étude de cas comme un élément déterminant agissant contre les conduites suicidaire. Les participants ayant fait une tentative de suicide évoquent le manque de cohésion familiale, c'est-à-dire le sentiment de ne pas être à l'écoute et de ne pas être soutenu par leurs parents. Ils expliquent clairement qu'un soutien actif de leurs proches les aurait aidé à ne pas passer à l'acte. Les participants qui n'ont pas tenté de mettre fin à leurs jours nous précisent qu'ils entretiennent des relations étroites avec leurs proches et soulignent que cette proximité humaine a été l'élément moteur les ayant aidés à surmonter les périodes de grandes souffrances. De nombreuses études (Chaudhury et al., 2007; Oquendo et al., 2000; Pronovost et al., 2003) reconnaissent, en effet, qu'une bonne relation familiale est un facteur important de protection contre les conduites suicidaires.

On retrouve aussi chez les patients n'ayant pas fait de tentative de suicide un bon niveau d'estime de soi et une vision positive du futur. Dans les recherches antérieures, l'estime de soi est souvent rapportée comme étant un facteur de protection chez l'adolescent dépressif et suicidaire (Pronovost et al., 2003). L'estime de soi semble jouer un rôle clé dans la mesure où, non seulement, elle détermine chez le patient la vision qu'il a de lui-même mais elle influence, aussi, l'impact du regard de l'autre. Les patients ayant une bonne estime de soi se sentent mieux intégrés et ont l'impression d'occuper une place plus importante dans leur environnement social. Leur vision du monde est plutôt positive et enrichie de ce capital relationnel. Les stratégies d'adaptation jouent également un rôle important. En effet, l'étude de cas nous montre que parmi tous les patients, seul un participant n'ayant pas fait de tentative de suicide essaie de résoudre ses propres problèmes. Les facteurs de protection identifiés par Pronovost et ses collègues (2003) sont le coping, le contrôle de soi, l'estime de soi et le soutien social. En comparant ces quatre facteurs, cette

équipe montre que le coping est le meilleur facteur de protection contre les tentatives de suicide. Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping correspond à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui permettent de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet du stress sur la santé.

La spiritualité identifiée comme facteur de protection doit être entendue au sens large et dépasse ici le cadre strict des valeurs religieuses. Cependant, cette étude de cas, en accord avec les écrits scientifiques (Dervick et al., 2011), montre que les patients n'ayant pas fait de tentative de suicide ont tendance à avoir une plus grande croyance dans des valeurs spirituelles. Chez ces participants, celles-ci leur permettent de se créer des repères, de se sentir proche de quelqu'un ou de quelque chose, de se découvrir de nouveaux liens et de se sentir affilié à une communauté, en un mot, éprouver un sentiment d'appartenance. De plus, prier les aide à surmonter leurs souffrances et à détourner leur tristesse vers quelque chose de positif.

Accepter son trouble bipolaire n'est pas chose aisée notamment en raison des stéréotypes et de l'attitude de méfiance à l'égard de la psychiatrie. Il est difficile d'accepter le diagnostic tout en ignorant les préjugés qui entourent ce trouble, surtout durant l'adolescence. Parmi les six patients interrogés, seule une participante a réussi à accepter son trouble et à en parler à son entourage. Se sentant à l'aise, elle a pu s'informer de façon objective des conséquences de son trouble et se renseigner sur la conduite à tenir afin de prévenir la survenue de nouveaux épisodes. Ayant été associés à cette information, les proches de cette patiente ont appris à accepter le diagnostic de la maladie mentale et à éviter les stéréotypes. Ainsi, ce patient non suicidaire a non seulement mieux accepté la réalité de son trouble mais, par voie de conséquence, l'attitude de son entourage s'en est trouvée également plus positive et le soutien de son entourage renforcé.

L'école peut, à la fois, être un univers extrêmement anxiogène ou, au contraire, un centre de ressources et d'intégration dans la vie d'un adolescent (Catheline, 2007).

Bien que tous les participants vivent les performances scolaires comme quelque chose de stressant, ceux qui n'ont pas fait de tentative de suicide se sentent bien impliqués dans leur milieu. Ils participent à la vie scolaire, ont des bonnes relations avec leurs professeurs et possèdent un groupe fiable d'amis au sein de l'école. Ils se sentent intégrés.

Un autre facteur de protection aurait pu contribuer à aider les patients à ne pas faire de tentative de suicide, un support psychologique plus efficace. Une des patientes précise qu'il aurait été très important pour elle de parler à quelqu'un qui aurait su l'écouter et la comprendre. De plus, il a été mentionné avec force dans l'étude que les parents devraient pouvoir être en mesure de mieux appréhender le trouble bipolaire de leur enfant pour l'aider dans ce combat et recevoir une psychoéducation qui leur permettrait un meilleur dialogue.

Dans cette étude de cas, les facteurs de risque qui nous semblent spécifiques aux conduites suicidaires chez les jeunes souffrant de trouble bipolaire sont principalement: les antécédents psychiatriques et l'hospitalisation, le sentiment d'être rejeté par un proche, la vision et les perceptions individuelles, et le regard des autres sur le trouble bipolaire.

Les antécédents personnels psychiatriques et d'hospitalisation représentent un facteur de risque important chez les participants avec tentative de suicide et incluent l'histoire psychiatrique, le nombre d'hospitalisations, le nombre d'épisodes dépressifs ou maniaques ainsi que l'existence d'autres troubles comorbides. Comme le montrent des études antérieures (Caetano et al., 2006; Bronisch et al., 2005; Papolos et al., 2005), nous retrouvons chez les patients suicidaires des antécédents maniaques et psychotiques. Qu'ils aient fait ou non une tentative de suicide, les participants ne semblent pas présenter de différences dans la sévérité de l'épisode psychiatrique.

Les participants suicidaires de cette étude ont, entre autres, un point commun majeur.

Ils se sont tous sentis rejetés et abandonnés par un de leurs proches. Bien évidemment, la perception négative qu'ils ont du monde a pu également contribuer à créer ce sentiment. On note, cependant, que ces participants vivent de réels conflits familiaux pouvant expliquer ces tensions. Tous ces facteurs interviennent comme éléments prédictifs de la survenue des tentatives de suicide. Tout comme celui de la famille, le rôle des pairs est tout aussi important. Comme l'étude de Papolos et al. (2005) le montre, l'isolement social ressenti par l'adolescent souffrant d'un trouble bipolaire est également associé au risque suicidaire. Se sentir rejeté par ses camarades ou se retrouver isolé de ses pairs est difficile à supporter pour un adolescent toujours en quête de références identitaires. Dans cette étude, tous les participants ayant fait une tentative de suicide ont eu le sentiment d'avoir fait l'objet d'une exclusion. Ce sentiment peut être strictement le reflet de la réalité et ces patients vivent alors un profond isolement. Au contraire, ils ne sont pas réceptifs à un soutien éventuel de leur entourage et ils pensent pouvoir surmonter seuls leurs troubles. Ils vivent alors dans un isolement qui est davantage affectif. Les problèmes familiaux représentent la première des causes ayant conduit les participants à faire une tentative de suicide. On y retrouve les conflits familiaux, les abus physiques ou psychologiques, les climats de violence, les atmosphères de honte ressentie par l'un des parents et visant le jeune bipolaire, un père absent, un manque de soutien de la mère, une attitude négative des parents envers leur enfant bipolaire, l'abandon voire le rejet de celui-ci. Ces résultats sont en accord avec l'étude d'Algorta et al. (2011) qui démontre l'association entre la tentative de suicide et le dysfonctionnement familial.

Les adolescents ayant fait l'objet d'un diagnostic de trouble bipolaire ont initialement tendance à réagir par un refus de leur trouble. La connaissance du diagnostic aura une grande influence sur leur vie sociale et scolaire et, par voie de conséquence, sur leur avenir. Cette pression déjà très élevée se trouve renforcée par le sentiment que le diagnostic posé l'est pour la vie et crée chez ces jeunes adolescents de fortes perturbations. La crainte de transmettre le trouble à leurs propres enfants est une

préoccupation majeure chez les participantes de sexe féminin ayant fait ou non une tentative de suicide. Le regard de l'autre face à leur trouble ainsi que les réactions de leurs proches affectent grandement les patients ayant fait une tentative de suicide. Ces derniers ont essuyé, généralement, des remarques négatives venant d'un être cher, un frère, une mère, un ami proche qui a pu les avoir traité de « fou ». Ce dernier facteur ne semble pas avoir été étudié dans la littérature auprès de cette population. Toutefois, le modèle d'Elizabeth Kübler-Ross (1969) montre qu'il existe un processus de maturation psychologique avant de pouvoir accepter un trouble chronique. Le patient est amené à faire le deuil de son état de santé antérieur en plusieurs étapes. Il est donc nécessaire de prendre non seulement le temps, mais également toutes les précautions nécessaires dans la communication du diagnostic. Lorsqu'un tel diagnostic est posé, des efforts tous particuliers doivent être réalisés face à ces jeunes et leur famille afin de leur expliquer le trouble bipolaire, ses caractéristiques et ses implications.

Les jeunes adolescents présentant des dysfonctionnements précoces tels que des troubles psychiatriques ou somatiques durant l'enfance ou ayant subi des ruptures relationnelles graves semblent être plus à risque de faire une tentative de suicide. En d'autres termes, les patients présentant un nombre plus important de facteurs prédisposants, à savoir les facteurs qui font partie de l'histoire de leur vie, se trouvent être plus à risque. Les événements précipitants, c'est-à-dire les facteurs qui déclenchent le risque suicidaire, sont, dans le cadre de cette étude de cas, de plusieurs natures: une dispute avec un proche, un problème rencontré avec la justice, le reproche d'un ami cher. Ces événements précipitants jouent un rôle dans le passage à l'acte, mais ne semblent pas distinguer l'adolescent qui fera une tentative de suicide de celui qui n'en fera pas. Ce sont les événements prédisposants qui semblent jouer ce rôle là. Ainsi, bien que les résultats obtenus dans cette recherche soient exploratoires et ne permettent pas d'élaborer ou de confirmer un modèle théorique, les hypothèses obtenues se rapprochent du modèle explicatif en santé mentale de Kraemer et al.,

(2001) et Ionescu et Jourdan-Ionescu (2006). En effet, ce modèle explique que l'apparition d'un dysfonctionnement mental est le résultat d'une combinaison de facteurs de risque et de protection comme nous avons pu le constater dans cette étude et qu'ils se divisent en facteurs de vulnérabilité et facteurs précipitants. Aussi, nous constatons, tel que suggère le modèle de Bridge et ses collaborateurs (2006), qu'une composante développementale doit être prise en considération dans l'étiologie des comportements suicidaires. Nous pouvons noter qu'une personnalité positive (une bonne estime de soi, une vision positive du futur) évolue en fonction d'un soutien familial perçu comme présent et stable. L'adolescent acceptera son diagnostic si sa famille l'accepte, le comprend et le soutient. Toutefois, une différence semble apparaître, le passage à l'acte ne résulte pas principalement des troubles et de la gravité des symptômes. Ces facteurs semblent agir comme des facteurs prédisposants. L'environnement joue un rôle majeur et semble influencer l'apparition de tentative de suicide aussi bien en termes de facteurs de risque (attitude négative de la famille vis-à-vis du trouble bipolaire, problème avec la justice) que de facteurs de protection (soutien familial, bonne relation avec les pairs, implication à l'école, soutien psychologique).

5.2 Considérations méthodologiques

5.2.1. Forces et rigueur de la recherche

Le premier article, la recension des écrits sur les conduites suicidaires chez les jeunes bipolaires, présente des points forts méthodologiques. D'une part, afin de s'assurer l'identification de l'ensemble de tous les écrits répondant à nos critères sur la période considérée, les chercheurs ont suivi plusieurs étapes (repérer les écrits grâce aux moteurs de recherche, exclure les articles si le texte ne faisait pas référence à certains critères, examiner les listes de références de chaque article sélectionné). D'autre part,

la récénsion des écrits utilise une grille d'analyse avec laquelle chaque article sélectionné est minutieusement étudié. Par ailleurs, une méthode d'analyse de consensus a été utilisée par les auteurs à chaque étape du processus. Enfin, ce travail est le fruit d'une collaboration étroite entre plusieurs chercheurs.

D'un point de vue méthodologique, le deuxième article présente plusieurs points forts. La chercheuse principale a tenu à suivre à la lettre plusieurs lignes directrices au cours du processus de recherche afin de s'assurer que toutes les étapes portant sur l'étude de cas ont été réalisées avec rigueur. Aussi, la conduite suivie dans un premier temps est celle préconisée par Gagnon (2008). Celle-ci vise à s'assurer que les principes de fidélité et de validité ont été au maximum respectés. "Au maximum" dans la mesure où cette recherche s'inscrit dans un paradigme de type post-positiviste. Dans un deuxième temps, la candidate a suivi les lignes directrices de Smith et Osborn (2003) qui donnent des indications sur la manière de mener une analyse phénoménologique interprétative.

De plus, dans la mesure où la chercheuse joue un rôle actif dans le processus de recherche (Sylvain, 2008), la conscience réflexive devient une démarche importante. Cette notion a été définie par Finlay (2002) comme la capacité à rendre explicites ses propres valeurs et présupposés afin d'évaluer les impacts possibles sur les résultats de recherche. Ainsi une bonne conscience réflexive du chercheur est un point primordial pour établir la crédibilité des interprétations proposées. Afin de faciliter ce processus de réflexivité, la candidate a tenu des notes réflexives tout au long du processus de recherche. Par exemple, lors de la cueillette des données, les impressions cliniques comme l'attitude du participant ou sa capacité d'introspection ont été identifiées durant l'entrevue pour être ensuite utilisées lors de l'analyse des données.

Afin de nous assurer que tous les angles de l'étude aient été couverts (Wilig., 2001), nous avons cherché à respecter une triangulation des données incluant l'entrevue, les notes réflexives ainsi que les dossiers hospitaliers des participants. Ce travail est le

fruit d'une collaboration entre plusieurs chercheurs ayant permis de confirmer et de valider les données et les réflexions obtenues.

5.2.2. Les limites de la recherche

Bien que ces deux études présentent des points forts méthodologiques, il faut cependant reconnaître certains points faibles. Concernant le premier article, d'une part la généralisation de cette étude est limitée puisque 6 articles sur 16 inclus dans la revue utilisent les données d'une même étude (le *Course and Outcome of Bipolar Illness in Youths*) et, d'autre part la majorité des études a été menée aux États-Unis. Ainsi les résultats obtenus dans la présente recension s'appliquent principalement à l'Amérique du Nord et ne peuvent pas être généralisés à d'autres pays sans tenir compte des caractéristiques culturelles et des systèmes de santé et d'accès aux soins.

Si l'approche qualitative est particulièrement utile dans l'exploration de phénomènes peu connus ou mal documentés, elle permet de recueillir de riches informations (Poupart, Groulx, Deslauriers, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). Néanmoins, cette méthode de recherche présente des limites. Les paragraphes qui suivent décrivent les limites qui en découlent pour le deuxième article:

Premièrement, cette recherche est menée dans un paradigme post-positiviste. Celui-ci, comme la plupart des recherches qualitatives, souligne le rôle actif du chercheur dans le processus de recherche (Sylvain, 2008). La reproductibilité de la recherche ainsi que la généralisation peuvent donc être biaisées. En d'autres termes, ce travail, comme la majorité des études de cas, permet d'obtenir des résultats de nature idiosyncrasique, c'est-à-dire qui concerne un phénomène (Gagnon, 2008).

Deuxièmement, l'échantillon a été consciemment choisi par la candidate qui a, de manière intentionnelle, eu recours non pas à un échantillon probabiliste reposant sur

le hasard mais à un échantillon non probabiliste. En effet, les échantillonnages qualitatifs sont, généralement, orientés plutôt que pris au hasard (Miles et Huberman, 2003). Toujours concernant l'échantillon, une limite importante de cette étude se trouve dans la taille de l'échantillon, même si les recherches qualitatives, principalement, les recherches en phénoménologie interprétative sont généralement conduites sur de petits échantillons (Smith et Osborn, 2003) ce qui est le cas puisque notre recherche ne porte que sur six participants. Il doit être également souligné que la rareté du trouble bipolaire chez le jeune adolescent ainsi que la difficulté à poser un diagnostic adéquat, ont rendu les conditions de recrutement difficiles même dans un service tel que celui du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière qui constitue le plus important site hospitalo-universitaire à la fois en région Parisienne et en France. Ainsi, cet environnement contraignant a conduit les chercheurs à choisir une étude rétrospective sur un petit groupe de patients. Par ailleurs, les études en phénoménologie interprétative visent un échantillon homogène (Smith et Osborn, 2003). Ainsi, le fait qu'il s'agisse d'une recherche sur un petit échantillon, non probabiliste et homogène limite les généralisations.

Troisièmement, la nature rétrospective de la recherche constitue également une limite puisque la mémoire des participants a pu être altérée au fil des ans. Les participants ont pu oublié ou réinterprété les événements avec leur regard d'adulte.

Quatrièmement, cette étude se focalise principalement sur les facteurs psychosociaux. Il conviendrait d'étudier les facteurs biologiques ainsi que d'autres facteurs de risque (ex. des caractéristiques cliniques plus détaillées, la non adhérence du patient aux traitements) et de protection (ex. la résilience, les traitements suivis par le patient) n'ayant pas été intégrés dans la réalisation de ce travail et pouvant également avoir un impact sur les conduites suicidaires.

Cinquièmement, cette étude ne permet en aucun cas d'établir des liens de causalité ou

de vérifier des prédictions entre la tentative de suicide et les facteurs de risque et de protection. Cette recherche permet d'obtenir une base de connaissance suffisante afin de mener à des hypothèses de départ pour des recherches de type quantitative.

5.3 Contributions cliniques

Cette recherche, bien que qualitative, permet de mettre en avant un certain nombre de facteurs de risque et de protection pouvant être liés au risque suicidaire chez l'adolescent bipolaire.

L'acceptation du trouble bipolaire joue un rôle important dans la prévention du risque suicidaire. La communication du diagnostic chez l'adolescent doit être effectuée avec soin et précautions. La communication de la maladie au patient, principalement lorsqu'elle présente un caractère de chronicité, est souvent vécue comme un "choc" par le patient car elle sous-entend une certaine notion d'irréversibilité (Giraudet, 2006). Comme le constate cette étude et le suggère Giraudet (2006), cette communication a un fort retentissement et de grandes répercussions dans les différentes sphères de la vie du patient (personnelle, familiale et scolaire). Certaines précautions doivent donc être prises. Les professionnels de la santé devraient en effet s'efforcer d'expliquer le trouble bipolaire aux intéressés et à leur famille en précisant ses conséquences et ses enjeux. Cependant, cette étape primordiale est bien souvent négligée. Le manque de temps, un sous-effectif médical ou l'absence de prise de conscience peuvent expliquer ce dysfonctionnement.

A travers cette recherche, il apparaît que trois éléments, interagissant ensemble peuvent jouer un rôle clef dans la compréhension des comportements suicidaires chez les jeunes adolescents souffrant de trouble bipolaire : 1) l'attitude du jeune face au trouble bipolaire, 2) les comportements de la famille et des pairs face au trouble bipolaire, mais aussi 3) le rôle des aides soignants dans la communication du trouble

bipolaire. Cette hypothèse serait à vérifier dans des recherches futures.

La stigmatisation et les discriminations entraînent chez les patients un plus faible niveau d'estime de soi, une moins grande adhérence aux médicaments et une augmentation de la sévérité des troubles mentaux (Livingstone et Boyd, 2010). Comme mentionné plus haut, l'acceptation du trouble est un facteur important de protection contre la tentative de suicide et la stigmatisation à l'égard du trouble bipolaire joue un rôle essentiel négatif dans le mal-être du patient. Il existe deux types de stigmatisation. La stigmatisation publique faisait référence aux stéréotypes de la population générale face à la maladie alors que la stigmatisation intériorisée provient de la personne souffrant de cette même maladie (Corrigan et Watson, 2002a). La revue systématique de Ellison et al., (2013), montre, d'une part, que pour les patients bipolaires, il existe une association entre déficience fonctionnelle, ajustement social et estime de soi. Elle montre également que si le trouble bipolaire est mieux perçu que le trouble schizophrène, il l'est moins que le trouble de dépression majeure. Si cette étude ne porte pas exclusivement sur les adolescents, on peut admettre que les résultats seraient comparables dans cette population. Ainsi, le cœur du problème est dans l'acceptation du trouble et dans la diminution des stéréotypes associés. Regarder la trouble en face, respecter la personne atteinte et faire front avec elle contribuent sans aucun doute à réduire la prévalence du suicide et à améliorer le bien-être du patient.

Comme nous l'avons vu, le trouble bipolaire est associé à un risque accru de passage à l'acte suicidaire. Aussi dans la mesure où les niveaux d'acceptation du diagnostic et de compréhension du trouble représentent des variables pouvant influencer ce risque, des stratégies de psychoéducation ainsi que des programmes de thérapie devraient être mis en place. Certes, il en existe déjà mais ils devraient être plus développés, et plus souvent proposés aux patients (Basco et Rush, 2005, Bauer et McBride, 2001). En outre et surtout, ces programmes devraient être adaptés à une population

d'adolescents.

Cette étude met aussi en évidence la nécessité de suivre des étapes précises lors de la prise en charge de jeunes souffrant de trouble bipolaire: d'abord du temps doit être consacré à l'information du patient sur le trouble, ses implications, sa nature et son étiologie. La participation active de la famille à cette session est nécessaire afin d'améliorer la perception du trouble bipolaire dans cette même famille. Deuxièmement, et par analogie à la thérapie comportementale dialectique, une seconde étape devrait aider le patient à mieux gérer les situations les plus difficiles et parfois inévitables de la vie. Cette étape consacrée au renforcement de la tolérance à la détresse devrait tout particulièrement se focaliser sur l'acceptation du trouble bipolaire par le patient. De plus, une session devrait être offerte à la famille lui permettant d'acquérir certaines compétences spécifiques par exemple communiquer avec efficacité avec le jeune souffrant de trouble bipolaire ou savoir renforcer l'estime de soi du patient lui permettant ainsi d'être mieux accepté par son entourage.

L'intervention familiale est un élément important, non seulement dans la communication du trouble bipolaire mais, aussi, dans le processus thérapeutique. En effet, les comportements familiaux peuvent jouer un rôle primordial de protection. Une écoute et un bon soutien de la part de son environnement familial peuvent également aider l'adolescent à éviter les rechutes, à suivre son traitement et à lui permettre d'améliorer son rythme de vie. Malheureusement, il est parfois difficile de travailler avec les familles et les adolescents, eux-mêmes, ne sont pas toujours disposés à impliquer leurs proches dans le processus thérapeutique. Les jeunes patients, au moment de leur hospitalisation, sont souvent en colère contre leurs parents. Ils se sentent abandonnés, rejetés et négligés par eux et ce, même lorsque les relations sont bonnes. D'autres part, certains parents refusent de s'impliquer et de se mobiliser; l'annonce du trouble est un choc trop douloureux pour eux et ils se sentent responsables de l'état de santé de leur enfant. D'aucuns ont déjà vécu une expérience

similaire, une hospitalisation pour troubles psychiatriques. Il est alors pénible pour eux de revivre cette expérience. Quoi qu'il en soit, une intervention familiale est souvent recommandée quoique pas aisée à réaliser.

Dans la mesure où le risque suicidaire est très présent chez les adolescents souffrant d'un trouble bipolaire, des stratégies précises devraient être développées permettant de repérer et d'identifier cette menace afin d'en réduire sa prévalence. Le dépistage suicidaire devrait être évalué comme tout autre trouble. Une fois le risque suicidaire cerné, les adolescents pourraient rapidement bénéficier d'une prise en charge adaptée afin de suspendre, voire enrayer le processus. Cette mesure est une action essentielle dans la prévention du suicide et doit inclure toutes les démarches pouvant améliorer la qualité de vie du patient. Il est toutefois important de souligner, que bien que cette démarche soit nécessaire, elle n'est en aucun cas suffisante dans l'élimination du risque suicidaire.

5.4 Avenues pour recherches futures

L'évaluation des facteurs de risque et des facteurs de protection dans leur influence sur les conduites suicidaires chez les adolescents bipolaires représente un enjeu essentiel pour la recherche clinique. Par conséquent, il est important de bien comprendre le risque suicidaire pour mettre en place des politiques adéquates de prévention. Des recherches futures devraient parvenir à une meilleure compréhension de ces phénomènes. Des méthodes quantitatives devraient permettre de vérifier les associations entre d'une part, facteurs de risque ou de protection et d'autre part, conduites suicidaires. De plus établir les sources de vulnérabilité contribuant au passage à l'acte ou, au contraire, cerner les facteurs de protection atténuant le risque suicidaire seraient des avenues intéressantes en recherche.

Des recherches futures devraient aussi être réalisées de manière prospective avec un nombre de participants plus important. Pour cela les chercheurs pourront mener des recherches multi-sites afin d'augmenter le nombre de participants compte tenu de la difficulté de recrutement. Toutefois, les recherches multi-sites sont généralement plus onéreuses et demandent un nombre de collaborateurs plus important. De plus, des participants ayant fait l'objet d'un diagnostic de trouble bipolaire, âgés de plus de 18 ans (avec tentative de suicide et sans tentative de suicide) devraient être interviewés assez rapidement après leur hospitalisation. L'entretien pourrait être divisé en deux sections : des questionnaires et un entretien semi-structuré. Cet entretien devrait évaluer le trouble psychiatrique, les comorbidités, les antécédents personnels psychiatriques, les antécédents d'hospitalisation, les antécédents familiaux psychiatriques, les événements de vie, l'estime de soi, le désespoir, les habitudes de vie, les données socio-démographiques, les relations avec la famille et les pairs, l'implication à l'école, la spiritualité, les raisons de vivre, le support psychologique, l'attitude personnelle et environnementale face au trouble bipolaire.

On pourrait ainsi élaborer des modèles théoriques et des protocoles susceptibles de permettre l'identification des adolescents à haut risque suicidaire et développer avec plus de précision des programmes de prévention et d'intervention. L'acceptation du diagnostic dans cette population et par l'entourage immédiat du patient et les implications de ces comportements sur les conduites suicidaires devraient être davantage prise en considération. De nouvelles recherches devraient cibler spécifiquement ce dernier ensemble de paramètres afin de valider leur importance et d'évaluer dans quelle mesure des politiques similaires peuvent être étendues à d'autres troubles psychiatriques. Il serait ainsi intéressant d'élaborer une échelle d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent bipolaire et des algorithmes incorporant tous les facteurs de risque et de protection identifiés, après les avoir validés par de futures recherches. Il serait également utile de poursuivre ces recherches qualitatives en utilisant, cette fois, un devis de recherche prospective afin d'obtenir un

meilleur aperçu de l'expérience de ces jeunes adolescents souffrant d'un trouble bipolaire.

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette thèse avait pour objectif d'identifier les facteurs de protection et de risque associés aux conduites suicidaires chez les jeunes souffrant d'un trouble bipolaire. Afin d'atteindre cet objectif, deux études différentes ont été réalisées. D'une part, une recension des écrits portant sur le trouble bipolaire et les conduites suicidaires chez les jeunes a été menée afin de dégager une synthèse des écrits scientifiques relatifs à ce sujet. D'autre part, une étude rétrospective exploratoire a été conduite afin d'identifier les facteurs (de protection et de risque) associés aux conduites suicidaires chez les jeunes souffrant de trouble bipolaire. Ainsi cette étude exploratoire nous a permis, en partie, de déterminer comment de jeunes adolescents devenus adultes ont pu passer à l'acte suicidaire et comment des adolescents de conditions psychiatriques similaires n'ont pas été amenés à poser ce geste durant des moments de souffrance intense. Cette thèse présente une certaine originalité dans la mesure où il s'agit, à notre connaissance, de la première recherche destinée à l'étude des facteurs de protection liés au suicide chez les jeunes souffrant de trouble bipolaire. Toutefois, il est important de noter que cette étude reste exploratoire et que d'autres recherches complémentaires seront nécessaires afin de caractériser de manière plus définitive le risque suicidaire chez l'adolescent bipolaire.

Cette thèse permet de formuler des réponses provisoires concernant les facteurs de risque et de protection susceptibles de conduire aux gestes suicidaires chez des jeunes adolescents souffrant de troubles bipolaires. D'une part, nous avons identifié des facteurs de risque grâce à une recension des écrits. D'autre part, la deuxième étude a permis de mettre en avant les facteurs spécifiques à la suicidalité, c'est à dire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner chez un adolescent souffrant d'un trouble bipolaire une tentative de suicide et au contraire les facteurs de protection

susceptibles de prévenir le passage à l'acte :

Facteurs de protection:

- Soutien social,
- Personnalité positive,
- Spiritualité,
- Acceptation du diagnostic de TB par le patient,
- Niveau d'engagement à l'école.

Facteurs de risque :

- Antécédents psychiatriques et antécédents d'hospitalisation,
- Sentiment d'être rejeté par un proche,
- Perception négative du patient vis à vis de son trouble,
- Regard des autres sur le trouble.

Les associations entre ces différentes variables et les conduites suicidaires devraient faire l'objet de vérifications et de validations. Elles pourraient être incluses dans un programme de prévention contre les conduites suicidaires chez les adolescents souffrant d'un trouble bipolaire une fois le diagnostic posé. Ces programmes pourraient aider les patients à gérer des situations difficiles avant la survenue d'une conduite suicidaire en incluant des stratégies telles que le coping efficace, la spiritualité, le renforcement des liens familiaux ou sociaux. Ces patients ayant été diagnostiqués dès leur adolescence ont ainsi la possibilité et le temps de travailler sur l'exécution de ces stratégies avant que le pronostic ne devienne trop sévère. L'élément qui semble ressortir de cette thèse est le fait que l'attitude du jeune face à son trouble ainsi que les comportements de sa famille et de son entourage immédiat face au trouble bipolaire semblent jouer un rôle fondamental dans le risque suicidaire.

APPENDICE A

ACCUSÉ D'ACCEPTION DE L'ÉDITEUR

PREMIER ARTICLE

Date : Thu, 13 Sep 2012

To : NATACHA HALFON <halfon.natacha@courrier.uqam.ca

CC :

Objet : ECAP: Your manuscript entitled Juvenile bipolar disorder and suicidality: A review of the last ten years of literature

Ref: Ms. No. ECAP-D-12-00078R2

Juvenile bipolar disorder and suicidality: A review of the last ten years of literature
European Child & Adolescent Psychiatry

Dear Mrs HALFON,

I am pleased to tell you that your work has now been accepted for publication in
European Child & Adolescent Psychiatry.

It was accepted on 13-09-2012.

Thank you for submitting your work to this journal.

With kind regards

Carolien Ruesen

Editorial Office Manager, European Child & Adolescent Psychiatry

Prof. Dr. Luis Augusto Rohde

D Editor, European Child & Adolescent Psychiatry

APPENDICE B

ACCUSÉ DE SOUMISSION DE L'ÉDITEUR

DEUXIÈME ARTICLE

Date : 29-Apr-2014

Dear Mrs HALFON:

Your manuscript entitled "Protective Factors associated with Suicidal behaviors among Youth with Bipolar Disorder: a Retrospective Multiple cases study" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Qualitative Research in Psychology.

Your manuscript ID is UQRP-2014-0018.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/uqrp> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Centre after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/uqrp>.

Thank you for submitting your manuscript to Qualitative Research in Psychology.

Sincerely,
Qualitative Research in Psychology Editorial Office

APPENDICE C

LA SUICIDALITÉ SELON POSNER

La suicidalité selon Posner et al. (2007)

Idéations suicidaires	Conduites suicidaires
Les idéations suicidaires passives sont caractérisées par un sentiment lié au désir de mourir du jeune.	Les conduites suicidaires préparatoires représentent toutes actions reliées aux suicides ou au décès telles qu'écrire une lettre d'adieu, se procurer le matériel nécessaire à cet acte.
Les idéations suicidaires actives sont définies comme des idées portant sur l'action de se tuer.	La tentative de suicide est une conduite potentiellement autodestructive avec au moins un certain désir ou une intention de mourir comme conséquence de cette conduite.
	La tentative interrompue est définie lorsqu'un jeune est sur le point de faire une tentative de suicide, mais celle-ci est interrompue par un tiers ou par un événement.
	La tentative avortée est définie lorsque le jeune prend la décision par lui-même de cesser d'avoir un comportement suicidaire.

APPENDICE D

APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DU CENTRE HOSPITALISER UNIVERSITAIRE PITIÉ-
SALPÊTRIÈRE

CPP - Ile-de-France VI

Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Président : Laurent CAPELLE

Vice-Président : Annie LE FRANC

Claude ANDRE - Odile BALAND - Magali BOUVIER - Nathalie BRION - Christophe DEMONFAUCON - Carole DUFOUIL - Robert FARINOTTI - Marie-Hélène FIEVET - Marie GICQUEL-BENADE - Jean-Louis GOLMARD - Clarisse GOUDIN - Gilles HUBERFELD - Nathalie JOUNIAUX-DELBÉZ - Esther LELLOUCHE - Christiane LOOTENS - Marie-Cécile MASURE - Michèle MEUNIER-ROTIVAL - Anne-Laure MORIN - Martin THIIBIERGE

A l'attention de :

Natacha Halfon
30 rue de Passy
75016 Paris


Paris, le 06/01/2011

Objet : Cadre réglementaire d'un projet de recherche

Madame,

Le comité a examiné à la séance du 5 janvier 2011 votre étude intitulée « Facteurs de risque et de protection associés aux conduites suicidaires chez les jeunes présentant un trouble bipolaire ». Dans la mesure où l'étude ne modifiera pas la prise en charge des patients, elle n'entre pas dans le cadre de la loi sur les recherches biomédicales. Le CPP ne voit donc pas d'obstacle à sa réalisation.

Je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Le président du CPP,
Dr. Laurent Capelle

APPENDICE E

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Consoli, A., & Brunelle, J.

Bonjour,
Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Les renseignements donnés sur le présent formulaire vous aideront à comprendre la nature et les objectifs de cette recherche. Il est important de bien lire et comprendre le formulaire d'information et de consentement afin que vous puissiez décider si vous acceptez ou non d'y participer.

1. Nom des chercheurs et affiliation

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un projet de thèse doctorale par les chercheurs suivants : David Cohen, MD, Ph.D ; Angèle Consoli, MD ; Julie Brunelle, MD, cliniciens chercheur du service de pédopsychiatrie au groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière ainsi que Réal Labelle, Ph.D et Natacha Halfon, M.A. (psych.), Ph.D (cand) cliniciens chercheur du Service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies, affiliés à l'Université de Montréal.

2. Description du projet

Les adolescents ou les jeunes adultes souffrant d'un trouble bipolaire présentent des risques de conduites suicidaires très élevés. La présence de tentatives de suicide est souvent le résultat d'une combinaison de facteurs de risque et de protection. Aussi et afin de faciliter le dépistage des conduites suicidaires chez les jeunes présentant un trouble bipolaire, il nous semble pertinent d'identifier ces facteurs de risque associés aux conduites suicidaires ainsi que les facteurs permettant de protéger l'adolescent des tentatives de suicide.

Il s'agit d'une étude de cas rétrospectif d'adultes, diagnostiqués de trouble bipolaire à l'adolescence. L'objectif de ce projet est de comprendre, plus en profondeur, l'expérience vécue par ces personnes et de décrire le rôle des facteurs de risque et de protection associés aux conduites suicidaires.

3. Procédures de l'étude

Cette étude consistera en un rendez-vous avec la doctorante (d'une durée de deux heures chacun environ) au cours desquels il vous sera demandé de répondre à un entretien et deux questionnaires. L'entretien traite de votre expérience ayant un lien avec la tentative de suicide que vous avez faite au cours de votre adolescence ainsi que de votre évolution actuelle. Ils abordent votre expérience en lien avec la tentative de suicide faites durant votre adolescence et l'évolution actuelle. L'entretien sera enregistré sur une bande magnétophonique.

Le projet de recherche sera présenté verbalement avant sa mise en application. Cela vous permettra de poser des questions et de prendre délibérément votre décision, à savoir, participer ou non à l'étude.

4. Avantages et bénéfices pour le sujet

Bien qu'il n'y ait aucun avantage direct pouvant découler de votre participation, vous pourriez, en donnant votre consentement, contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Ainsi, grâce à votre aide, des pistes pour le développement d'un programme de prévention et d'intervention pourraient être mises au point pour les adolescents bipolaires afin qu'ils puissent améliorer leur qualité de vie. Par ailleurs, vous pourriez retirer une meilleure connaissance de vous-même.

5. Compensation financière

Il est entendu que si vous acceptez de participer à l'entrevue (1) et de vous déplacer au Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de la Pitié-Salpêtrière (2), vous recevrez, au terme de l'entrevue, une somme de **40 euros** à titre de compensation. *(PS : si vous ne pouvez pas vous déplacer au Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de la Pitié-Salpêtrière vous recevrez une somme de 20 euros à titre de compensation).*

6. Inconvénients et risques

La participation à cette étude ne comporte pas de risques particuliers. Lors de l'entrevue ou au moment de répondre aux questionnaires, il est possible que des souvenirs pénibles puissent vous revenir en mémoire. Votre état émotif serait évalué à plusieurs reprises au cours de l'entrevue. Vous pourriez en parler au chercheur ; étudiant en psychologie ayant déjà complété plus de 1000 heures de stage clinique. Par ailleurs, le temps consacré à cette recherche ainsi que le déplacement qui en découle pourraient engendrer des inconvénients.

7. Modalités prévues en matière de confidentialité

Les informations recueillies vous concernant seront traitées de manière strictement confidentielle. Vous ne serez pas identifié(e) sous votre nom et les données ne pourront être consultées que par des personnes impliquées dans l'étude et tenues au secret professionnel. Les enregistrements seront exclusivement réservés à des fins de recherche. L'anonymat sera respecté par l'attribution d'un numéro à chaque participant. Seul la doctorante aura accès à cette information qui sera mise sous clé. Lors de la collecte des données, uniquement le numéro du participant apparaîtra. Ainsi, la confidentialité sera assurée. L'ensemble du matériel sera détruit de manière sécuritaire après les dernières publications ou communications scientifiques relatives à ce projet de recherche.

8. Clause de responsabilité

En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant de la procédure mise en place, vous seriez dirigé(e) vers les ressources appropriées à votre état. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez, cependant, à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

9. Liberté de participation et droit de retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus ne nuise aux relations avec votre médecin et les autres intervenants. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision d'y participer vous sera communiquée.

À tout moment durant l'étude, vous pourrez décider de ne plus y participer sur simple avis verbal. Dans le cas d'un retrait de participation, les informations déjà recueillies seraient exclues de l'étude. Un refus ou un retrait n'affectera d'aucune façon les traitements qui seront ou pourraient vous être offerts.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des

traitements, des soins futurs et des rapports avec mon médecin ou le centre hospitalier.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire et une compensation de 40 euros si j'accepte de participer à l'étude et de me déplacer au Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de la Pitié-Salpêtrière. Je consens à participer à ce projet.

//

Jour mois année

Nom du patient

Signature du patient

//

Jour mois année

Nom de l'investigateur

Signature de l'investigateur

Si vous souhaitez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pouvez toujours contacter **Mme Natacha Halfon** au 06-59-77-53-65 ou à halfon.natacha@courrier.uqam.ca.

APPENDICE F

GRILLE D'ENTREVUE

Grille A : À l'attention des patients ayant fait une tentative de suicide

Gille B : À l'attention des patients n'ayant pas fait de tentative de suicide

A

N° du sujet :
Date d'administration :
Jour Mois Année

**FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION
ASSOCIÉS AUX CONDUITES SUICIDAIRES
CHEZ LES JEUNES
PRÉSENTANT
UN TROUBLE BIPOLAIRE :
UNE ÉTUDE DE CAS RETROSPECTIVE**

À L'INTENTION DE L'INTERVIEWER

**Service de pédopsychiatrie
Pitié-Salpêtrière
Paris, France**

A) INFORMATION GÉNÉRALE

1. Date de l'entrevue : /.
2. Heure du début de l'entrevue : HMIN.
3. Heure de fin de l'entrevue : HMIN.
4. Sexe du répondant : masculin (1) féminin (2)
5. Précisez-moi votre date de naissance //
6. Où êtes-vous né(e)?
7. Actuellement, travaillez- vous? OUI (1) NON (2)
8. Quelle est votre profession?
9. Quel est votre niveau d'étude ?

B) DESCRIPTION DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

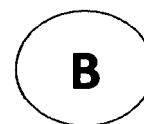
1. Avez-vous fait plusieurs tentatives de suicide avant vos 21 ans?
2. Pouvez-vous me décrire votre expérience ?
3. Avant que nous tentions de mieux comprendre ce qui vous a conduit à faire votre tentative de suicide, je voudrais, pour débiter, que vous m'expliquiez précisément ce que vous avez fait. Décrivez-moi la(es) méthode(s) que vous avez utilisée(s) pour votre TS.
4. Lorsque vous avez fait votre TS, quelle était votre intention ?

C) VARIABLES LIÉES AUX FACTEURS DE RISQUE

1. Pouvez-vous me décrire vos symptômes les semaines qui ont précédé la TS ?
2. Souffriez-vous d'autres troubles psychiatriques ou psychologiques ? Si oui, pouvez-vous me les décrire ?
3. Combien d'hospitalisations psychiatriques avez-vous eu avant 21 ans ? Pouvez-vous m'en parler ?
4. Pouvez-vous me décrire votre humeur les semaines qui ont précédé la TS?
5. Pouvez-vous me décrire des événements de vie qui vous ont marqué à cette époque?
6. Selon vous, y a t-il d'autres facteurs de risque ayant pu vous conduire à la TS?

D) VARIABLES LIÉES AUX FACTEURS DE PROTECTION

1. Quelles sont les stratégies que vous adoptiez durant votre adolescence pour gérer votre stress? (ex.Par exemple, recherchez-vous la cause du problème ? Cherchiez-vous à résoudre le problème ? Essayiez-vous de sortir et de voir du monde ? Tentiez-vous d'organiser des actions, de faire des pétitions ?)
2. Pouvez-vous me décrire le rôle que jouait votre famille dans votre vie durant votre adolescence ?
3. Pouvez-vous me décrire le rôle que jouait vos amis dans votre vie durant votre adolescence ?
4. Aviez vous l'impression que les gens vous acceptaient comme vous étiez durant votre adolescence? Pouvez-vous m'en parler ?
5. Comment voyiez-vous votre avenir ?
6. Quelle opinion aviez-vous de vous-même ?
7. Pouvez-vous me décrire vos habitudes de vie à cette époque (école, activités physiques, habitudes alimentaires, habitude de sommeil, consommation de drogue et d'alcool)
8. Sur qui pouviez-vous réellement compter quand vous aviez un problème ? Pouvez-vous m'en parler ?
9. Sur qui pouviez-vous réellement compter quand vous aviez besoin de vous détendre ? Pouvez-vous m'en parler ?
10. Quel rôle avait la spiritualité et la religion dans votre vie durant cet époque ?
11. Pouvez-vous me décrire ce qui aurait pu vous aider à ne pas faire de TS à cette époque ?

N° du sujet : Date d'administration :
Jour Mois Année

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION
ASSOCIÉS AUX CONDUITES SUICIDAIRES
CHEZ LES JEUNES
PRÉSENTANT
UN TROUBLE BIPOLAIRE :
UNE ÉTUDE DE CAS RETROSPECTIVE

À L'INTENTION DE L'INTERVIEWER

Service de pédopsychiatrie

Pitié-Salpêtrière

Paris, France

A) INFORMATION GÉNÉRALE

5. Date de l'entrevue : //.
6. Heure du début de l'entrevue : HMIN.
7. Heure de fin de l'entrevue : HMIN.
8. Sexe du répondant : masculin (1) féminin (2)
10. Précisez-moi votre date de //
11. Où êtes-vous né(e)?
12. Actuellement, travaillez- vous? OUI (1) NON (2)
13. Quelle est votre profession ?
14. Quel est votre niveau d'étude ?

B) DESCRIPTION DE LA PÉRIODE QUI A PRÉCÉDÉ L'HOSPITALISATION

1. Combien d'hospitalisations psychiatriques avez-vous eu avant 21 ans ?
2. Si vous avez eu plusieurs hospitalisations, pouvez-vous me parler de celle qui, dans les semaines qui ont précédé l'hospitalisation, a été marquée par une grande souffrance ?
3. Pouvez-vous me décrire la période qui a précédé cette hospitalisation ?
4. Avez-vous eu des idéations suicidaires à cette période ? Si oui, pouvez-vous me les décrire ?

C) VARIABLES LIÉES AUX FACTEURS DE RISQUE

1. Pouvez-vous me décrire vos symptômes dans les semaines qui ont précédé cette période de grande souffrance?
2. Souffriez-vous d'autres troubles psychiatriques ou psychologiques ? Si oui, pouvez-vous me les décrire ?
3. Pouvez-vous me décrire votre humeur durant cette période?
4. Pouvez-vous me décrire des événements de vie qui vous ont marqué à cette époque?
5. Selon vous, quels sont les facteurs de risque qui auraient pu vous amener à faire une TS pendant les périodes de grande souffrance?

D) VARIABLES LIÉES AUX FACTEURS DE PROTECTION

1. Quelles sont les stratégies que vous adoptiez durant votre adolescence pour gérer votre stress? (ex. Recherchez-vous la cause du problème ? Cherchiez-vous à résoudre le problème ? Essayiez-vous de sortir et de voir du monde ? Tentez-vous d'organiser des actions, de faire des pétitions ?)
2. Pouvez-vous me décrire le rôle que jouait votre famille dans votre vie durant votre adolescence ?
3. Pouvez-vous me décrire le rôle que jouait vos amis dans votre vie durant votre adolescence ?
4. Aviez vous l'impression que les gens vous acceptaient comme vous étiez durant votre adolescence? Pouvez-vous m'en parler ?
5. Comment voyiez-vous votre avenir ?
6. Quelle opinion aviez-vous sur vous-même ?
7. Pouvez-vous me décrire vos habitudes de vie à cette époque (école, activités physiques, habitudes alimentaires, habitude de sommeil, consommation de drogue et d'alcool)
8. Sur qui pouviez-vous réellement compter quand vous aviez un problème ? Pouvez-vous m'en parler ?
9. Sur qui pouviez-vous réellement compter quand vous aviez besoin de vous détendre ? Pouvez-vous m'en parler ?
10. Quel rôle jouaient la spiritualité et la religion à cette époque de votre vie?
11. Pouvez-vous me décrire d'autres facteurs de protection qui vous ont aidé à ne pas faire de TS à cette époque ?

APPENDICE G

GRILLE D'OBSERVATION DES ENTRETIENS AU TÉLÉPHONE ET DES ENTREVUES FACE-À-FACE

Numéro du participant		
Entrevue téléphonique	Comportements au téléphone	
Annulation d'entretien		
En entretien	Retard/ en avance/	
	Tenue vestimentaire	
	Apparence	
	Attitude en entrevue	
	Discours (lent, rapide, normal)	
	Type de phrase (courte, longue, discours élaboré)	
	Relation face à son discours (distance ou proche face au récit)	
	Faculté à se confier	
	Relation face au dictaphone	
	Contacte (semble à l'aise, regarde l'interviewer)	
	Stratégies utilisées dans son discours	
	Le lieu de la rencontre	
	Information concernant le lieu de la rencontre	
	Personnalité perçue	
	Thèmes saillants de l'entrevue	
	Commentaires	

REFERENCES

- Algorta, G.P., Youngstrom, E.A., Frazier, T.W., Freeman, A.J., Youngstrom, J.K et Findling, R.L (2011). Suicidality in pediatric bipolar disorder predictor or outcomes of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disorder*, 13, 76-83.
- American Psychiatric Association (1970). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2^e edition, Washington D.C: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, TR. Washington (D.C): American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd., texte révisé, Paris, Masson.
- American Psychiatric Association (2010). Issues Pertinent to a Developmental Approach to Bipolar Disorder in DSM-5.
- Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M.A., Gill, M.K., Valeri, S., Chiappetta, L., Ryan, N., Leonard, H., Hunt, J., Iyengar, S., Bridge, J., et Keller, M. (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63(10), 1139-1148.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.R et Hennen J (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorder*, 8, 625-639.
- Basco, M.R. et Rush, A.J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2nd Edition. New York: Guilford Press.
- Bauer, L. et McBride, L., (2001). *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Beautrais, A-L. (1999). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
- Beck, A.T., Schuyler, D., et Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. Beck, H. Resnik & D. Lettieri (Eds.), *The Prediction of Suicide* (pp.45-46). New-York: Charles Press.

- Beck, A.T., Steer, R.A et Garbin, M.G. (1988). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation". *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Birmaher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M.K., Yang, M., Ryan, N., Goldstein, B., Esposito-Smythers, C., Lyengar, S., Goldstein, T., Chiappetta, L., Keller, M et Leonard, H. (2009). Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorder*, 11, 52-62.
- Birmaher, B. et Axelson, D. (2006). Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature. *Development Psychopathology*, 18(4), 1023-1035.
- Blum, R.W., Halcon, L., Beuhring, T., Pate, E., Campell-forest, S., & Verna, A. (2003). Adolescent health in the Caribbean : risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 93(3), 456-460.
- Borowsky, I.W., Ireland, M et Resnick, M.D. (2001). Adolescents suicide attempts : risks and protectors. *Pediatrics*, 107, 485-493.
- Borowsky, I.W., Resnick, M.D., Ireland, M. et Blum, R.W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of paediatrics and Adolescent Medecine*, 153-168.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schwerts, J., Balach, L. et Baugher, M (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Allan, M.J., Allman, C.J. et Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., Georges, M., Ricard, D., Abadie P., Gérardin P., Cohen D. et Guilé, J.M. (2013). Protective factors for depression and suicidal behavior in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*.
- Breton, J. J., Labelle, R. et Royer, C. (2008). Facteurs de protection, sexe et conduites suicidaires à l'adolescence. Rapport final de recherche présenté à l'Institut de la santé des femmes et des hommes au programme Nouvelles perspectives nationales et internationales sur le genre et la santé, 1-29 et annexes.

- Breton, J.J., Tousignant, M., Bergeron, L. et Berthiaume, C. (2002). Informant-specific correlates of suicidal behavior in a community survey of 12- to 14-year-olds. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 723-730.
- Bronisch, T., Schwender, L., Höfler, M., Wittchen, H.U. et Lieb, R. (2005). Mania, hypomania, and suicidality: findings from a prospective community study. *The Archives of Suicide Research*, 9(3), 267-278.
- Brosnahan, J., Steffen, L. M., Lytle, L., Patterson, J. et Boostrom, A. (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 818-823.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. et Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Caetano, S.C., Olivera, R.L., Hunter, K., Hatch, J.P., Najt, P., Bowden, C., Pliszka, S. et Soares, J.C. (2006). Association of psychosis with suicidality in pediatric bipolar I, II and bipolar NOS patients. *Journal of Affective Disorder*, 91(1), 33-37.
- Carlson, G.A. et Strober, M. (1978). Manic-depressive illness in early adolescence. A study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 138-153.
- Carlson, G. A. et Kashani, J. H. (1988). Manic symptoms in non-referred adolescent population. *Journal of affective disorders*, 15, 219-226.
- Carter, T.D., Mundo, E., Parikh, S.V. et Kennedy, J.L. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 297-303.
- Catheline, N. (2007). Psychopathologie de la scolarité. Collection : les âges de la vie, Éditions Masson, 335 p.
- Chaudhury, S. R., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Burke, A. K., Sher, L., Parsey, R. V., et al. (2007). Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *Journal of affective disorders*, 104(1-3), 245-250.
- Cohen, D., Guillé, J-M., Brunelle, J., Bodeau, N., Louët, E., Lucanto, R. et Consoli, A. (2009). Troubles bipolaires de type I de l'adolescent : controverses et devenir à l'âge adulte. *L'encéphale*, 6, 224-230.

- Colom, F. et Vieta, E. (2006). Psychoeducation manual for bipolar disorder. New York, NY: Cambridge University Press.
- Compas BE, Hinden BR, Gerhardt C. Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology* 1995 ;V 46 :265-293
- Consoli, A., Cohen, D., Bodeau, N., Guilé, J-M., Mirkovic, B., Knafo, A., Laurent, C., Renaud, J., Labelle, R., Breton, J-J. et Gérardin, P. (2013). Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. Manuscript submitted for publication.
- Consoli, A., Deniau, E., Huynh, C., Mazet, P. et Cohen, D. (2006). Traitement des troubles bipolaires de type I de l'enfant et de l'adolescent [Treatments in child and adolescent bipolar disorders]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 54, 217-227.
- Consoli, A., Deniau, E., Huynh, C., Puper, D. et Cohen, D. (2007). Treatments in child and adolescent bipolar disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 187-198.
- Consoli, A., Peyrel, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B. et Touchette, E. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, 7(1).
- Contandriopolos, AP., Champagne, F., Potvin, L., Denise, J.L et Boyle, P. (1990). Savoir préparer une recherche-la définir, la structurer, la financer. Québec: Les Presses de l'Université de Montréal
- Corcos, M., Bochereau, D. et Jeammet, P. (1999). *Les troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence*. Paris: Masson.
- Corrigan, P.W. et Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1. 16-20.
- Cull, J. G. et Gill, W. S. (1982/1988). *Suicide probability scale (SPS)*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Daley, L.F., Townsend, S.W., Dysken, M.W. et Kuskowski, M.A. (2005). Recidivism in medication-noncompliant serious juvenile offenders with bipolar disorder, *J Clin Psychiatry*, 66 (4), 477-84.

- Dervic, K., Carballo, J.J., Baca-Gracia, E., Galfalvy, H., Mann, J.J., Brent, D-A. et Oquendo, M-A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (10), 1390-1396.
- Deslauriers, L.G., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin. (pp.88-109).
- Dilsaver, S.C., Akiskal, H.S., Akiskal, K.K. and Benazzi, F. (2006). Dose-response relationship between number of comorbid anxiety disorders in adolescent bipolar/unipolar disorders, and psychosis, suicidality, substance abuse and familiarity. *Journal of Affective Disorder*. 96(3), 249-258.
- Dilsaver, S.C., Benazzi, F., Rihmer, Z., Akiskal, K.K. et Akiskal, H.S. (2005). Gender, suicidality and bipolar mixed states in adolescents. *Journal of Affective Disorder*, 87(1), 11-16.
- Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et Résultats*. 488, 1-8.
- Ellis, T. E. (1988). Classification of suicidal behavior: a review and step toward integration. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 18(4), 358-371.
- Ellison, N. Mason, O. et Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma : a systematic review of the literature. *Journal of affective disorder*. 151, 805-820.
- Falret, J. (1890). La folie circulaire ou folie à formes alternées. In J. Falret (Ed.), *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (pp.641-652). Paris: Librairie Baillière et fils.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J. et Horwood, K.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209-230.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *The adolescent coping scale: Administrator's manual*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.

- Gagnon, Y.C. (2008). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Presses de l'Université du Québec.
- Geller, B., et DelBellon, M.P. (2003). *Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence*. New York: Guilford Press.
- Geller, B. et Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: review of the past ten years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent*, 36 (9), 1168–1176.
- Gilbert, P. (1992) *Depression: The Evolution of Powerlessness*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Giraudet, J-S. (2006). Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient. *Synoviale*. 151, 8-13.
- Goldstein, T.R. (2009). Suicidality in Pediatric Bipolar Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 18(2), 339-352.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., et al. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*, 7(6), 525-535.
- Goldstein, T. R., Bridge, J. A., & Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 84-91.
- Goldstein, T.R., Axelson, D., Birmaher, B. et Brent, D. (2007). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Goldstein, T.R, Ha, W., Axelson, D., Goldstein, B.I, Liao, F., Gill, M.K., Ryan, N.D., Yen, S., Hunt, J., Hower, H., Keller, M., Strober, M., Birmaher, B. (2012). Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*. Online first.
- Goldstein, B.I, Strober, M.A., Birmaher, B., Axelson, D., Esposito-Smythers, C., Goldstein, T.R., Leonard, H., Hunt, J., Gill, M.K., Lyuengan, S., Grimm, C., Yang, M., Ryan, N.D. et Kelly, M.B. (2008). Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorder*. 10, 469-478.
- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J., Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and

- divalproex. The Journal of the American Medical Association, 290(11), 1467-1473.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A. et Barrios, F. X. (2000). Why young people do not kill themselves: the reasons for living inventory for adolescents. *Journal of clinical child psychology*, 29(2), 177-187.
- Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Guilé, J-M. et Breton, J-J. (2013). Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(3), 139-151.
- Hennen, J (2003). Statistical methods for longitudinal research on bipolar disorders. *Bipolar Disorder*. 5, 156-168.
- Hirschfeld, R.M.A., Lewis, L. et Vornik, L.A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 161-174.
- Huneau, S., Breton, J.J. et Labelle, R. (2005). Protective factors for suicidality in adolescents. Texte non publié, 10 pages.
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2006). La psychopathologie comme processus : vulnérabilité et résilience. In M. Montreuil, J. Doron, S. Ionescu, & A. Blanchet (Eds.), *Psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 132-157). Paris : PUF.
- Janelle, A. et Labelle (2009). La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes. *Psychologie Québec*, 26(6), 25-28.
- Joiner, T.E., 2005. *Why People Die by Suicide*, 1st ed. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Jolin, E.M., Weller, E.B. et Weller, R.A. (2007) Suicide risk factors in children and adolescent with bipolar disorder. *Current Psychiatry Report*, 9, 122-128.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. et Ryan N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7): 980-988.

- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., et al. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kleiman, E.M. et Riskind, J.H. (2013) Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34, 42-49.
- Kochman, F.J, Hantouche, E.G., Ferrari, P., Lancrenon, S., Bayart, D. et Akiskal, H.S. (2005). Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*. 85(1-2), 181-189.
- Kraemer, H.C., Lowe, K.K. et Kupfer, D.J. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *The American Journal of Psychiatry*. 158, 848-856.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: John Wiley and Sons.
- Kübler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*, Routledge.
- Labelle, R., Daigle, M.S., Pronovost, J. et Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du *Suicide Probability Scale* auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et psychométrie*, 19, 5-26.
- Lam, D., Jones, S., Bright, J., et al (1999) *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practise*. Chichester: Wiley.
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Columbia University Press.
- Leibenluft, E., Charney, D. S., Towbin, K. E., Bhangoo, R. K. et Pine, D. S. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, 160, 430-437.
- Lewinsohn, P.M., Klein, D.N. et Seeley, J.R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 454-463.

- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Buckley, P.M. et Klein, D.N. (2002). Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11, 461-475.
- Livingstone, J.D. et Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S. et Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088.
- Marcelli, D. et Berthaut, E. (1999). Les troubles bipolaires à l'adolescence. In D. Marcelli & E. Berthaut (Eds.), *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence* (pp. 125-144). Paris: Masson.
- Marris, R. W. (1992). The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, et R. Yufit (Eds.), *The Assessment and Prediction of Suicide* (pp. 362-380). New York: Guildford Press.
- McDougall, P., Hymel, S., Vaillancourt, T., & Mercer, L. (2001). The consequences of childhood rejection. In M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection*. (pp. 213-247). New York, NY: Oxford University Press.
- Meier, A. et Boivin, M. (2000). The achievement of greater selfhood: The application of theme analysis to a case study. *Psychotherapy Research*, 10(1), 60.
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2005). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: Editions de boeck.
- Milhiet, V., Consoli, A., Raffin, M. et Cohen, D. (2014). Traitement par lithium dans le trouble bipolaire du sujet jeune. *Annales Médico Psychologiques*. In press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. et Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Morrow, S.L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. et Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.

- Oquendo, M. A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., et al. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 107-117.
- Papolos, D., Hennen, J., Cockerham, M.S. (2005). Factors associated with parent-reported suicide threats by children and adolescents with community-diagnosed bipolar disorder *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 267-275.
- Perlis, R.H., Smoller, J.W. et Fava, M. (2004). The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 79, 291-295.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V., Oquendo, M.A., Currier, G.W., Melvin, G.A., Greenhill, L., Shen, S., et Mann, J.J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-77.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B. et Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043.
- Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Pronovost, J., Dumont, M. et Leclerc, D. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents: Comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24, 179-199.
- Rende, R., Birmaher B. et Axelson, D. (2007). Childhood-onset bipolar disorder: evidence for increased familial loading of psychiatric illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (2), 197-204.
- Rich, C.L., Fowler, R.C., Fogarty, L.A. et Young, D. (1988). Relationships between diagnoses and stressors. *Archives of General Psychiatry*, 45, 589-592
- Rucklidge, JJ (2006). Psychosocial functioning of adolescents with and without paediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*. 91(2-3), 181-188.

- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. et Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339–348.
- Shneidman, E. S. (1968). Classification of suicidal phenomena. *Bulletin of Suicidology*, 1-9.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. Northvale: Aronson.
- Slama, F., Bellivier, F., Henry, C., Rousseva, A., Etain, B., Rouillon, F. et Leboyer, M. (2004). Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1035–1039.
- Smith, J.A., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method, Research*. London: Sage.
- Smith, J.A. et Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J.A., (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. (pp. 51–80). London: Sage.
- Sollier, P. (1893). Sur une forme circulaire de neurasthénie. *Revue de Médecine*, 12. 1009.
- Sondergard, L., Lopez A.G., Anderson P.K., Kessing L.V. (2008). Mood stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and the risk of suicide. *Bipolar Disorder*, 10, 87-94.
- Stang J, Story M (eds) *Guidelines for Adolescent Nutrition Services* (2005) 1 <http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adolbook.sht>
- Staton, D., Volness, L.J. et Beatty, W.W. (2008). Diagnosis and classification of pediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 105(1-3), 205-212.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and Attempted Suicide*. Baltimore.
- St-Laurent, D. et Gagné, M. (2008). Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006. *Québec : Institut national de santé publique*.
- Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C., DeAntonio, M. (1995). Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a

- five-year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (6), 724-31.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 2008, 1-11.
- Tondo L, Baldessarini R (2006). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry*. 61(suppl 9):97-104.
- Van Meter, A., Moreira, A.L et Youngstrom, E.A (2011). Meta-analysis of epidemiological studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1250-1256.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Etats-Unis : Open University Press.
- Yang, B. et Clum, G.A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 30(3),183-198.
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A. et Dehaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *Journal of Adolescence*. 35(2): 299-314.
- Youngstrom, E., Gracious, B.L., Danielson, C.K. (2003). Toward an integration of parent and clinician report on the Young Mania Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 77, 179-190.